N° 82-619-MIF au catalogue — N° 003
ISSN : 1715-3034
ISBN : 0-662-71458-X

Descriptions des états de santé au Canada

# Descriptions des états de santé au Canada : maladies musculo-squelettiques

par Kellie A. Murphy, Selene T. Spence, Cameron N. McIntosh, Sarah K. Connor Gorber

Groupe d'analyse et de mesure de la santé
24e étage, immeuble R.-H.-Coats, Ottawa, K1A 0T6

Téléphone : 1 613 951-1804

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

**Comment obtenir d'autres renseignements**

Toute demande de renseignements au sujet du présent produit ou au sujet de statistiques ou de services connexes doit être adressée à la Ligne info-médias, Division des communications et des services de bibliothèque, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6 (téléphone : (613) 951-4636).

Pour obtenir des renseignements sur l'ensemble des données de Statistique Canada qui sont disponibles, veuillez composer l'un des numéros sans frais suivants. Vous pouvez également communiquer avec nous par courriel ou visiter notre site Web.

| | |
|---|---|
| Service national de renseignements | 1 800 263-1136 |
| Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1 800 363-7629 |
| Renseignements concernant le Programme des services de dépôt | 1 800 700-1033 |
| Télécopieur pour le Programme des services de dépôt | 1 800 889-9734 |
| Renseignements par courriel | infostats@statcan.ca |
| Site Web | www.statcan.ca |

**Renseignements pour accéder au produit**

Le produit nº 82-619-MIF au catalogue est disponible gratuitement. Pour obtenir un exemplaire, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.ca et de choisir la rubrique Nos produits et services.

**Normes de service à la clientèle**

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois, et ce, dans la langue officielle de leur choix. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1 800 263-1136. Les normes de service sont aussi publiées dans le site www.statcan.ca sous À propos de Statistique Canada > Offrir des services aux Canadiens.

## Descriptions des états de santé au Canada : maladies musculo-squelettiques

**Citation recommandée :**

Murphy KA, Spence ST, McIntosh CN, Connor Gorber SK, pour le programme de recherche Impact sur la santé de la population (ISP) des maladies au Canada. Descriptions des états de santé au Canada : maladies musculo-squelettiques. Statistique Canada nº 82-619-MIF2006003 au catalogue. Ottawa : Statistique Canada, 2006.

Ce document fait partie d'une série qui couvre les principaux groupes de maladies affectant les Canadiens. Cette information qui vise principalement à établir les descriptions des maladies qui seront utilisées dans le programme de recherche Impact sur la santé de la population des maladies au Canada, aidera les chercheurs à comprendre comment nous avons calculé nos estimations. Elle sera également utile aux professionnels de la santé, aux groupes de défense des patients et aux Canadiens qui désirent avoir un aperçu de la façon dont les maladies musculo-squelettiques influe sur le fonctionnement quotidien.

**Remerciements :**

Les auteurs remercient pour leur contribution le panel médical de l'ISP : Denis Roy, Robert Spasoff, Doug Manuel, Marie-Dominique Beaulieu, Charles Pless, et Alan Forster. Un merci spécial à Julie Dufort et Eric Litvak pour leur collaboration et à Jacek Kopec et Diane Lacaille pour la révision de ce travail. Nous remercions aussi Kathy White, Charlotte Clarke, et l'équipe des Services de publications de la Direction des études analytiques qui ont contribué à la publication de ce document.

**Chefs d'équipe d'Impact sur la santé de la population (ISP) des maladies au Canada :**

| | | |
|---|---|---|
| Jean-Marie Berthelot | William Flanagan | Serge Tanguay |
| Sylvie Desjardins | Cameron N. McIntosh | Kathy White |

L'ISP est le fruit d'une collaboration entre Statistique Canada, l'Agence de santé publique du Canada, et des chercheurs de l'Université McGill, de l'Université d'Ottawa, de l'Université du Manitoba, de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) et de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie. L'ISP est financé par Statistique Canada et l'Agence de santé publique du Canada.

Statistique Canada
Groupe d'analyse et de mesure de la santé

# Descriptions des états de santé au Canada : maladies musculo-squelettiques

Kellie A. Murphy, Selene T. Spence, Cameron N. McIntosh, Sarah K. Connor Gorber

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2006

Tous droits réservés. Le contenu de la présente publication peut être reproduit, en tout ou en partie, et par quelque moyen que ce soit, sans autre permission de Statistique Canada sous réserve que la reproduction soit effectuée uniquement à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé destiné aux journaux, et/ou à des fins non commerciales. Statistique Canada doit être cité comme suit : Source (ou « Adapté de », s'il y a lieu) : Statistique Canada, nom du produit, numéro au catalogue, volume et numéro, période de référence et page(s). Autrement, il est interdit de reproduire quelque contenu de la présente publication, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement, ou de le transmettre sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, reproduction électronique, mécanique, photographique, pour quelque fin que ce soit, sans l'autorisation écrite préalable des Services d'octroi de licences, Division des services à la clientèle, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada K1A 0T6.

Avril 2006

N° 82-619-MIF au catalogue, n° 003
Périodicité : Hors série

ISSN 1715-3034
ISBN 0-662-71458-X

Ottawa

This publication is also available in English upon request (Catalogue No. 82-619-MIE, No. 003).

---

**Note de reconnaissance**

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.

## Contexte : descriptions des états de santé au Canada

Ce document fournit des descriptions normalisées des principaux états de santé associés à la progression et au traitement d'une maladie. Ces descriptions constituent la première étape de la mesure de l'impact de vivre avec la maladie et son traitement sur la qualité de vie du point de vue du bien-être physique, mental et social.

Cette approche repose sur un nouvel outil de mesure de la santé fonctionnelle. La douleur, la limitation du fonctionnement physique ou l'angoisse peuvent, entre autres, limiter la capacité d'une personne à participer aux activités de la vie quotidienne. Nous classifions ces limitations à l'aide du Système de classification et de mesure de la santé fonctionnelle (CLAMES), qui comporte 11 dimensions englobant le bien-être physique, social et mental. Chacune de ces dimensions comprend quatre ou cinq niveaux qui mesurent les capacités fonctionnelles : le niveau 1 indique l'absence de limitation, par exemple, « en général, absence de douleur ou de malaise ». Le tableau 1 donne la liste complète des niveaux pour chacune des dimensions.

Pour chaque état de santé, nous décrivons un cas « typique » en nous fondant sur l'examen d'ouvrages publiés et la consultation d'experts. Même si l'expérience d'une maladie donnée sera unique pour chaque personne, il est nécessaire de créer ces descriptions générales pour mesurer l'état de santé au niveau de la population.

La première étape de ce processus consiste à effectuer une analyse approfondie des ouvrages publiés sur une maladie en particulier, afin de recueillir de l'information sur les principales formes qu'elle prend, sa progression habituelle, ses symptômes et les limitations fonctionnelles qui en découlent, ainsi que les options de traitement courantes et leurs effets.

Cette information est par la suite utilisée afin de créer les classifications des états de santé. Essentiellement, chaque état de santé est classé selon 11 attributs du CLAMES afin de représenter ses conséquences globales sur la santé fonctionnelle. De cette façon, une somme importante d'information sur l'expérience type d'une maladie est condensée de façon plus facile à gérer, ce qui facilite la mesure des répercussions de la maladie sur la santé de la population. Par la suite, les descriptions et les classifications des états de santé sont passées en revue par des experts médicaux et révisées au besoin, afin d'en assurer l'exactitude clinique.

Les classifications sont utilisées pour obtenir des scores de préférence auprès de panels de Canadiens à l'aide de la théorie de l'utilité. Les scores de préférence, qui indiquent la préférence relative pour un état de santé comparativement à la pleine santé, nous aident à comprendre comment les Canadiens perçoivent les divers aspects de la santé fonctionnelle. En s'ajoutant aux données sur l'incidence et la durée, les scores de préférence enrichissent les estimations de l'impact sur la population canadienne des maladies et des facteurs de risque qui y sont associés.

Mesurées en termes d'années de vie perdues à cause de mortalité prématurée et d'équivalents-années perdus en raison de capacités réduites à cause de la maladie, ces estimations nous permettent d'évaluer combien d'années de vie–et combien d'années de vie en santé–sont perdues pour chaque maladie ou facteur de risque. Elles fournissent des réponses aux questions du type « Quel serait l'impact de la réduction de l'obésité sur la santé des Canadiens? », tant sur le plan du nombre de vies sauvées que sur le plan de l'amélioration de la santé pendant toute la vie.

Pour obtenir plus de détails sur le programme de recherche Impact sur la santé de la population (ISP) des maladies au Canada et sur l'élaboration de ces estimations, veuillez consulter le site Web à l'adresse suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca/phi-isp/index_f.html.

## Tableau 1
## Système de classification et mesure de la santé fonctionnelle (CLAMES)

### Dimensions de base

**Douleur ou malaise (DM)**

1 En général, absence de douleur ou de malaise
2 Douleur ou malaise léger
3 Douleur ou malaise modéré
4 Douleur ou malaise intense

**Fonctionnement physique (FP)**

1 Aucune limitation du fonctionnement physique en général
2 Légère limitation du fonctionnement physique
3 Limitation modérée du fonctionnement physique
4 Limitation grave du fonctionnement physique

**État émotif (EE)**

1 Heureux et aimant la vie
2 Assez heureux
3 Plutôt malheureux
4 Très malheureux
5 Malheureux au point de penser que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue

**Fatigue (FA)**

1 Vous n'éprouvez généralement pas de sentiment de fatigue ou de manque d'énergie
2 Vous éprouvez parfois un sentiment de fatigue et de manque d'énergie
3 Vous éprouvez la plupart du temps un sentiment de fatigue et de manque d'énergie
4 Vous éprouvez constamment un sentiment de fatigue et de manque d'énergie

**Mémoire et pensée (MP)**

1 Capable de se souvenir de la plupart des choses, de penser clairement et de résoudre les problèmes quotidiens
2 Capable de se souvenir de la plupart des choses, mais ayant un peu de difficulté à penser et à résoudre les problèmes quotidiens
3 Manquant un peu de mémoire, mais capable de penser clairement et de résoudre les problèmes quotidiens
4 Manquant un peu de mémoire et ayant un peu de difficulté à penser et à résoudre les problèmes quotidiens
5 Manquant beaucoup de mémoire et ayant beaucoup de difficulté à penser et à résoudre les problèmes quotidiens

**Relations sociales (RS)**

1 Capacité normale d'entretenir des relations sociales
2 Légère incapacité à entretenir des relations sociales
3 Incapacité modérée à entretenir des relations sociales
4 Incapacité grave à entretenir des relations sociales
5 Incapable d'avoir des relations sociales

**suite à la page suivante...**

## Dimensions complémentaires

### Angoisse (AN)

1 Généralement pas angoissé
2 Vous éprouvez une angoisse légère et ce de façon occasionnelle
3 Vous éprouvez une angoisse modérée et ce de façon régulière
4 Une angoisse grave est éprouvée la plupart du temps

### Parole (PA)

1 Vous pouvez vous faire comprendre parfaitement en parlant à des étrangers ou à des amis
2 Vous pouvez vous faire comprendre en partie en parlant à des étrangers, mais vous pouvez vous faire comprendre parfaitement en parlant à des personnes qui vous connaissent bien
3 Vous pouvez vous faire comprendre en partie en parlant à des étrangers et à des personnes qui vous connaissent bien
4 Incapable de vous faire comprendre en parlant à d'autres personnes

### Ouïe (OU)

1 Capable d'entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes, sans appareil auditif
2 Capable d'entendre ce qui se dit au cours d'une conversation avec une personne dans une pièce tranquille, avec ou sans appareil auditif, mais ayant besoin d'un appareil auditif pour entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes
3 Capable d'entendre ce qui se dit au cours d'une conversation avec une personne dans une pièce tranquille, avec ou sans appareil auditif, mais incapable d'entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes
4 Incapable d'entendre même avec un appareil auditif

### Vue (VU)

1 Capable de voir suffisamment pour lire un journal ordinaire et reconnaître un ami de l'autre côté de la rue, avec ou sans lunettes ou lentilles cornéennes
2 Incapable de voir suffisamment pour reconnaître un ami de l'autre côté de la rue, même avec des lunettes ou des lentilles cornéennes, mais vous pouvez voir suffisamment pour lire un journal ordinaire
3 Incapable de voir suffisamment pour lire un journal ordinaire, même avec des lunettes ou des lentilles cornéennes, mais vous pouvez voir suffisamment pour reconnaître un ami de l'autre côté de la rue
4 Incapable de voir suffisamment pour lire un journal ordinaire ou de reconnaître un ami de l'autre côté de la rue, même avec des lunettes ou des lentilles cornéennes

### Dextérité (DE)

1 Usage complet des mains et des doigts
2 Limitations dans l'usage des mains et des doigts; pas besoin d'outils spéciaux ou de l'assistance d'une autre personne
3 Limitations dans l'usage des mains et des doigts; indépendant avec des outils spéciaux et pas besoin de l'assistance d'une autre personne
4 Limitations dans l'usage des mains et des doigts; besoin de l'assistance d'une autre personne pour certaines tâches
5 Limitations dans l'usage des mains et des doigts; besoin de l'assistance d'une autre personne pour la plupart des tâches

# Maladies musculo-skelettiques

## Table des matières


**Note au lecteur** ..... 2

**Tableau sommaire** ..... 3

**Introduction** ..... 4

**Dorsalgie (mal de dos)** ..... 7

- Lombalgie aiguë
- Lombalgie chronique
- Cervicalgie aiguë

**Microtraumatismes répétés** ..... 11

- De la main
- Du coude
- De l'épaule

**Arthrose** ..... 14

- De la (des) main(s)
- Des membres inférieurs

**Polyarthrite rhumatoïde** ..... 17

- Crise aiguë
- Active chronique
- Destruction avancée

**Lupus érythémateux systématique** ..... 21

- Crise aiguë
- Actif chronique

**Fibromyalgie** ..... 25

**Références** ..... 28

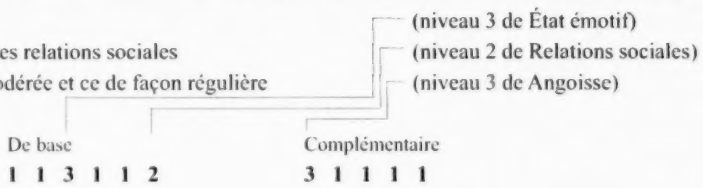
## Note au lecteur

### Comment lire la classification :

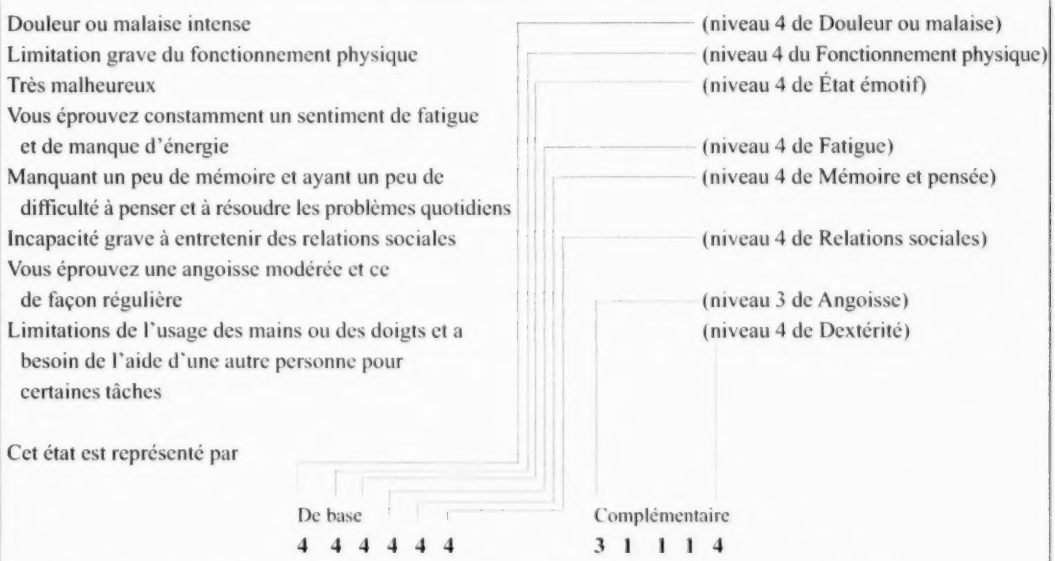
Les états de santé sont classés au moyen de 11 dimensions, comportant chacune 4 ou 5 niveaux. Le niveau 1 indique l'absence de limitations, alors qu'au niveau 4 ou 5, les limitations sont les plus importantes. **Prière de noter que ces niveaux constituent une forme abrégée de la classification : il ne s'agit pas de mesures sur une échelle d'intervalles***. Une liste complète des dimensions et des niveaux est fournie au tableau 1.

À titre d'exemple, nous pouvons examiner deux états de santé liés au cancer, le premier décrivant un état de santé au moment du diagnostic et le deuxième décrivant un état de santé durant le dernier mois de vie, durant les soins terminaux.

Les personnes porteuses d'un cancer du sein débutant (très bon pronostic) pourraient être décrites de la façon suivante :




En comparaison, les personnes durant leur dernier mois de vie pourraient être décrites de la façon suivante :



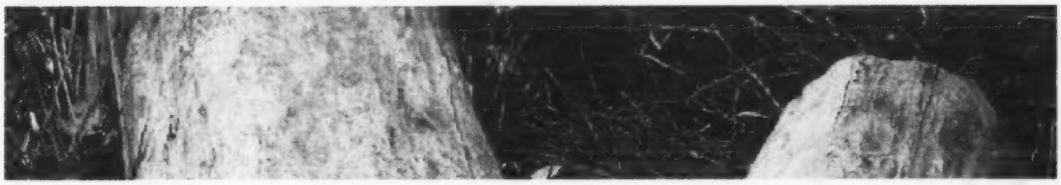

La classification des principaux états de santé durant l'évolution et le traitement des maladies musculo-squelettiques sont fournis dans le tableau sommaire.

* Par exemple, la différence entre le niveau 1 et le niveau 2 n'est pas la même qu'entre le niveau 3 et le niveau 4. En outre, les dimensions n'ont pas toutes la même importance sur le plan des préférences à l'égard des états de santé. Pour plus d'information sur les préférences à l'égard des états de santé mesurées avec ces scores, prière de se reporter à l'adresse suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca/phi-isp/index_f.html.

## Tableau sommaire :
# Classification des états de santé liés au maladies musculo-squelettiques

| | Dimension et niveau | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| État de santé | Douleur ou malaise | Fonctionnement physique | État émotif | Fatigue | Mémoire et pensée | Relations sociales | Angoisse | Parole | Ouïe | Vue | Dextérité |
| **Dorsalgie (mal de dos)** | | | | | | | | | | | |
| lombalgie aiguë | 4 | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| lombalgie chronique* | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| cervicalgie aiguë | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| **Microtraumatismes répétés (chroniques)*** | | | | | | | | | | | |
| de la main | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| du coude | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| de l'épaule | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| **Arthrose*** | | | | | | | | | | | |
| de la (des) main(s) | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| des membres inférieurs (hanche et genou) | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| **Polyarthrite rhumatoïde** | | | | | | | | | | | |
| crise aiguë | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| active chronique | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| destruction avancée | 2 | 3 | 4 | 3 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| **Lupus érythémateux systémique** | | | | | | | | | | | |
| crise aiguë | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| actif chronique | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| **Fibromyalgie (chronique)** | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 |

* L'état de santé pour la lombalgie chronique s'applique également aux microtraumatismes répétés du dos et à l'arthrose de la colonne vertébrale.



## Introduction

L'appareil locomoteur, appelé par certains système musculo-squelettique, comprend les os, les muscles, les tendons, les ligaments, les articulations, le cartilage et d'autres tissus conjonctifs. Ensemble, ces éléments donnent au corps humain sa forme, sa stabilité et son mouvement. Les maladies musculo-squelettiques peuvent empêcher les personnes qui en sont atteintes de marcher, de s'asseoir, voire même de respirer, et ont un impact considérable sur la santé de la population canadienne. Elles sont généralement accompagnées de douleurs (variant de légères à intenses), de limitations du fonctionnement physique et de fatigue. Elles restreignent souvent les activités de la vie quotidienne, comme les relations sociales et les activités professionnelles. Les limitations fonctionnelles et sociales associées aux maladies musculo-squelettiques ont souvent des conséquences émotionnelles qui se manifestent notamment par de l'angoisse et de la dépression.

Le présent document fait l'exposé d'états de santé donnant la description et la classification des limitations fonctionnelles associées à certaines maladies musculo-squelettiques, à savoir celles dont les répercussions sur la santé de la population sont les plus importantes. Ces maladies sont la dorsalgie ou mal de dos, les microtraumatismes répétés (MTR), l'arthrose, la polyarthrite rhumatoïde (PR), le lupus érythémateux disséminé (LED) et la fibromyalgie. D'autres maladies musculo-squelettiques plus fréquentes, mais dont l'impact sur la santé fonctionnelle est comparativement faible (p. ex. la goutte) ne seront pas examinées.

Trois états de santé sont présentés pour la dorsalgie selon la durée de la douleur et son emplacement le long de la colonne vertébrale, à savoir la cervicalgie (douleur au cou) aiguë, la lombalgie (douleur au bas du dos) aiguë et la lombalgie chronique. Les dorsalgies sont généralement de nature biomécanique et aggravées par l'utilisation de techniques de levage de charge incorrectes ou un mauvais tonus musculaire. Elles peuvent aussi être causées par une inflammation de la colonne vertébrale, un traumatisme ou d'autres problèmes de santé sous-jacents. La description de la lombalgie chronique s'applique également à d'autres états produisant des limitations fonctionnelles semblables, comme l'arthrose de la colonne vertébrale, la spondylarthrite ankylosante, la discopathie dégénérative et les microtraumatismes répétés du dos.

Les microtraumatismes répétés (MTR) englobent une gamme d'affections dues à des mouvements répétitifs ou forcés, des postures incommodes et des risques professionnels. Les limitations fonctionnelles auxquelles peuvent donner lieu les MTR sont décrites par trois états de santé, à savoir les MTR de la main, du coude et de l'épaule, ainsi que par l'état de santé associé à la dorsalgie chronique. Le syndrome de la surutilisation professionnelle peut être considéré comme un sous-ensemble des microtraumatismes répétés, puisqu'une proportion importante de ces

derniers sont causés par des activités professionnelles nécessitant des mouvements répétitifs. Cependant, nous ne faisons pas de distinction entre les microtraumatismes répétés et les troubles dus à la surutilisation professionnelle, parce que les répercussions sur la santé fonctionnelle sont semblables et qu'elles ne sont pas nécessairement associées à des activités professionnelles. Les microtraumatismes répétés ne sont pas inclus dans la Classification internationale des maladies, 9e révision (CIM-9)[1], mais certains troubles fréquemment liés aux MTR y possèdent leur propre code (par exemple, le syndrome du canal carpien, code de la CIM-9 354.0).

L'arthrose, ou ostéoarthrite (OA), qui est causée par la dégénérescence du cartilage d'une articulation, est examinée ici en fonction des régions les plus fréquemment touchées, c'est-à-dire les mains et les membres inférieurs (hanches et genoux). L'arthrose de la colonne vertébrale est assez fréquente et les limitations fonctionnelles qu'elle cause sont décrites dans l'état de santé associé à la lombalgie chronique.

La polyarthrite rhumatoïde (PR), une maladie chronique dans laquelle le système immunitaire de l'organisme attaque le tissu sain des articulations plutôt que des cellules étrangères, sera également discutée ici. Cette maladie est décrite sous forme de trois états de santé, parce qu'elle présente un cours fluctuant caractérisé par des périodes de plus ou moins grande activité inflammatoire; la plupart des personnes qui souffrent de polyarthrite rhumatoïde présentent un certain degré d'inflammation constante (inflammation active chronique), mais connaissent des poussées périodiques des symptômes (crises aiguës). En outre, étant donné la nature chronique, dégénérative de la maladie, nous décrivons l'état de santé typique après des années d'inflammation et de lésion des articulations (destruction avancée). Il peut également y avoir rémission, mais nous ne décrivons pas cet état de santé, parce que, dans ces circonstances, la maladie est presque ou entièrement inactive et que, par conséquent, les limitations fonctionnelles sont pour ainsi dire inexistantes.

Le lupus érythémateux disséminé (LED) est une maladie auto-immune dans laquelle le système immunitaire attaque les tissus et les organes du corps. Le LED est la forme la plus courante de lupus (70 % des cas[2]) et affecte environ 15 000 Canadiens[3], le plus souvent des femmes, souvent jeunes. Certaines personnes présentent une forme plus limitée de la maladie, comme le lupus érythémateux cutané subaigu, le lupus érythémateux médicamenteux, le lupus néonatal (survenant chez les nouveau-nés de femmes atteintes du LED) et le lupus érythémateux discoïde (qui n'affecte que la peau). Ces formes de la maladie ne seront pas décrites dans le présent document. Lorsque la maladie se propage à plusieurs parties du corps (outre la peau), elle porte le nom de lupus érythémateux disséminé (LED). Le LED peut aussi se propager aux organes internes du corps (cerveau, nerfs, reins, poumons, cœur, yeux, intestin) et cause souvent des complications graves, dont certaines seront décrites dans d'autres documents de la présente série. Les complications les plus importantes sont celles concernant les reins (maladies génito-urinaires), le cerveau ou les nerfs, auquel cas on parle de lupus neuropsychiatrique, et le cœur (maladies

cardiovasculaires). Comme la polyarthrite rhumatoïde, le LED suit généralement un cours fluctuant parfois associé à des lésions progressives des organes vitaux au cours du temps. Deux états de santé sont présentés pour le LED, afin de refléter les périodes d'exacerbation aiguë (poussées) et les périodes de maladie active chronique, durant lesquelles les symptômes sont constants et de faible intensité, sans aucune phase aiguë. Les limitations fonctionnelles associées aux lésions progressives dépendent du ou des organes atteints et de la gravité de la lésion, de sorte que nous ne décrirons pas cet état fonctionnel. Les personnes atteintes d'un lupus érythémateux disséminé peuvent connaître des périodes de rémission (quoique rares); durant ces périodes, la maladie est presque ou entièrement inactive et, par conséquent, cet état de santé ne sera pas décrit ici.

La fibromyalgie est une maladie chronique des tissus mous caractérisée par une douleur généralisée et de la fatigue. Elle affecte environ 3 % de la population canadienne[4,5], en majorité des femmes. L'origine du terme fibromyalgie est assez récente et la maladie n'est pas codée dans la CIM-9. Cependant, on lui donnait antérieurement le nom de rhumatisme non articulaire ou fibrosite[6], si bien qu'elle est classée sous la rubrique Rhumatisme, sans précision et fibrosites (code de la CIM-9 : 729.0). Dans la CIM-10, la fibromyalgie est classée sous Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, Autres affections des tissus mous, non classées ailleurs, Rhumatisme, sans précision (M79.0)[7].

L'ostéoporose est une maladie musculosquelettique (code de la CIM-9 : 733.0) dans laquelle les os dégénèrent (c.-à-d. deviennent minces et cassants) au cours du temps, ce qui les rend extrêmement sujets aux fractures. Au Canada, environ un million de personnes souffrent de la maladie, dont 80 % de femmes[8]. Aucun état de santé n'est inclus pour l'ostéoporose dans le présent chapitre, car la maladie est généralement asymptomatique jusqu'à ce qu'une fracture se produise. Les fractures sont examinées dans un autre document de la série (Traumatismes).

## Dorsalgie (mal de dos)

La dorsalgie peut se manifester à n'importe quel point de la colonne vertébrale et est accompagnée d'une gamme de symptômes comprenant de la douleur, une tension ou raideur musculaire, de la faiblesse dans les jambes ou les pieds et, parfois, une sensation de picotement ou de brûlure qui irradie souvent le long de la jambe (sciatique). Elle est souvent causée par des contraintes exercées sur les muscles et les ligaments qui soutiennent la colonne vertébrale. Par conséquent, le siège le plus fréquent est le bas du dos, car il s'agit de la région qui supporte le plus de poids et subit le plus de contraintes mécaniques.

La dorsalgie, ou mal de dos, compte parmi les problèmes de santé chroniques les plus fréquents au Canada[9]. Quatre adultes sur cinq seront victimes d'au moins une crise à un moment donné de leur vie[10-13], quoique l'occurrence soit plus fréquente entre 30 et 50 ans[14]. Le mal de dos est aussi fréquent chez l'homme que chez la femme. Il est généralement de nature mécanique, ou résulte d'un traumatisme ou d'un autre état pathologique sous-jacent. Par exemple, une hernie (bombement, déplacement) discale a lieu lorsque le disque situé entre deux vertèbres se déplace, fait saillie dans le canal rachidien et exerce une pression sur les nerfs. Si la pression est appliquée au nerf sciatique (le nerf principal de la jambe), une douleur intense irradie dans la fesse et la jambe jusque sous le genou, et l'on parle alors de sciatique. Un autre exemple est la discopathie dégénérative (code de la CIM-9 : 722.6), qui est un trouble associé au vieillissement; plus précisément, au cours du temps, l'usure amincit le disque intervertébral, ce qui réduit sa capacité d'agir comme coussin entre les vertèbres. Le mal de dos peut également être dû à une inflammation de la colonne vertébrale. Par exemple, la spondylarthrite ankylosante (code de la CIM-9 : 720.0) est une maladie inflammatoire évolutive qui affecte les articulations intervertébrales. Au fil du temps, la maladie se propage le long de la colonne et finit par causer la fusion des vertèbres touchées, ce qui entraîne une perte progressive de mobilité et de fonction.

Cependant, la cause de la dorsalgie n'est pas toujours évidente[11]; en fait, chez 85 % à 90 % des personnes présentant un mal de dos, aucune cause ne peut être établie[12,15]. Les facteurs qui contribuent à la dorsalgie comprennent le mauvais tonus des muscles, surtout dorsaux et abdominaux, un mode de vie sédentaire, l'obésité, le tabagisme, une mauvaise posture et, en particulier, le levage de charges de façon inappropriée ou de charges très lourdes. Certaines données font aussi penser que des facteurs psychosociaux (p. ex. le stress chronique et la dépression) sont des déterminants de la dorsalgie[16,17].

La lombalgie, ou douleur au bas du dos (douleur dans la région lombaire de la colonne vertébrale) et la cervicalgie, ou douleur au cou (douleur dans la région cervicale) seront décrites à la présente section. Les symptômes peuvent être aigus, c'est-à-dire d'une durée de six semaines ou moins, ou chroniques, c'est-à-dire d'une durée supérieure à trois mois. En général, les symptômes de la cervicalgie et de la lombalgie incluent une douleur d'intensité variable, parfois décrite comme étant « insupportable »[10]. Cette douleur

interfère avec les rôles sociaux et les activités, parce que les personnes atteintes craignent que l'activité intensifie la douleur ou aggrave la blessure. La raideur et la tension sont également des symptômes fréquents. Si les causes initiales de la lombalgie ou de la cervicalgie varient considérablement (p. ex. biomécaniques, spondylarthrite ankylosante, discopathie dégénérative, etc.), les répercussions ultimes sur la santé fonctionnelle sont semblables; par conséquent, les états de santé exposés à la présente section résument l'impact de la douleur sur les activités de la vie quotidienne, quelle qu'en soit vraiment la cause.

Le traitement vise à soulager la douleur, à rétablir le bon fonctionnement du dos et à lui rendre sa force. L'alitement pendant un ou deux jours réduit les symptômes, et l'application de chaleur ou de glace sur la région affectée améliore la circulation du sang, ce qui réduit l'inflammation. La reprise des activités normales aussitôt que possible est considérée comme le meilleur moyen de composer avec la douleur, car elle empêche la raideur et assure que le dos demeure souple et vigoureux. Les options pharmacologiques comprennent la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou de relaxants musculaires (myorelaxants). Les médicaments antidouleur (analgésiques) sont également un élément essentiel du régime thérapeutique typique, comme la prise d'acétaminophène en plus des AINS. Les mesures de prévention consistent à perdre du poids en cas d'obésité, faire de l'exercice régulièrement, renforcer la musculature du dos et de l'abdomen, maintenir une bonne posture, soulever des charges en fléchissant les genoux au lieu de la taille, éviter de rester ou de travailler dans une même position pendant trop longtemps et renoncer au tabac.

### Lombalgie aiguë
### Code de la CIM-9 : 724.2

Description

La lombalgie aiguë est habituellement définie comme étant une douleur éprouvée pendant six semaines ou moins, et elle est plus fréquente que la lombalgie chronique. Elle est en général décrite comme une douleur très vive, ou comme une douleur sourde, habituellement ressentie dans la profondeur du dos, et qui peut être plus intense dans une région que dans une autre. Les symptômes incluent aussi une perte de flexibilité et (ou) d'amplitude du mouvement, ou une incapacité à se tenir droit, particulièrement en présence de sciatique. Dans la plupart des cas, la cause de la lombalgie est inconnue; elle peut être due à une blessure ou à un traumatisme au bas du dos, ou à une maladie comme la spondylarthrite ankylosante ou une hernie discale. Le traitement de la crise aiguë vise principalement à soulager les spasmes musculaires et la douleur.

Description

La lombalgie aiguë est généralement sévère et, souvent, la personne atteinte réduit ses activités ou évite de s'y adonner parce qu'elle craint d'augmenter la douleur ou d'aggraver la blessure. De surcroît, elle peut avoir de la difficulté à s'adonner aux tâches de la vie quotidienne à cause de la réduction de l'amplitude du mouvement de la colonne vertébrale ou de la douleur proprement dite. Les personnes qui souffrent de lombalgie aiguë sont souvent incapables de travailler et, si elles en sont capables, risquent d'être moins productives. La douleur peut être si forte qu'elle perturbe le sommeil, ce qui cause des périodes de fatigue. Elle peut également interférer avec les rôles sociaux ou le fonctionnement, et certaines activités doivent parfois être tout bonnement évitées.

Classification

| DM | FP | EE | FA | MP | RS | AN | PA | OU | VU | DE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

## Lombalgie chronique
## Code de la CIM-9 : 724.2

Description

La lombalgie chronique est habituellement décrite comme une douleur profonde, lancinante, sourde ou comme une sensation de brûlure localisée dans la région lombaire ou irradiant dans la jambe, qui dure plus de trois mois. La douleur s'aggrave lorsque la personne atteinte demeure assise trop longtemps dans une même position, conduit, reste longtemps penchée vers l'avant, soulève des charges, se penche ou tire des charges (ou fait un travail physique exigeant), et qu'elle ne fait pas d'exercice régulièrement. Le traitement vise principalement à soulager les causes de la douleur, à renforcer la musculation et à prévenir les mouvements qui peuvent aggraver la douleur.

Les limitations fonctionnelles associées à la lombalgie chronique sont similaires à celles liées à la lombalgie aiguë. Par exemple, les personnes atteintes éprouvent une douleur ou un malaise modéré et une certaine fatigue, ainsi que des difficultés à soulever des objets et à se déplacer. Leur état émotionnel est souvent affecté, en partie à cause du sentiment de frustration suscité par la douleur constante. La dépression est également fréquente chez les personnes souffrant de douleur chronique[13]. En outre, la douleur peut réduire la capacité d'entretenir des relations sociales, parce que certaines activités sont évitées.

Classification

| DM | FP | EE | FA | MP | RS | AN | PA | OU | VU | DE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

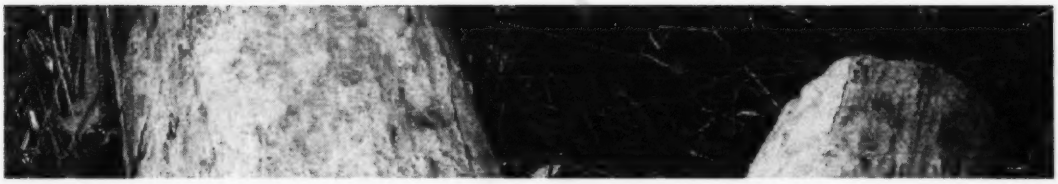
## Cervicalgie aiguë
## Code de la CIM-9 : 723.1

**Description**

La cervicalgie, ou douleur au cou, est généralement aiguë, d'une durée de six semaines ou moins. La gravité des symptômes et des limitations est la même que dans le cas de la lombalgie aiguë, c'est-à-dire un niveau moyen de douleur et de malaise, une limitation modérée du fonctionnement physique et des périodes occasionnelles de fatigue. La douleur et la raideur peuvent causer une perte d'amplitude du mouvement du cou; par conséquent, il peut être difficile de conduire, de travailler, voire même de dormir. La douleur peut également entraver les relations sociales.

**Classification**

| DM | FP | EE | FA | MP | RS | AN | PA | OU | VU | DE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **3** | **3** | **2** | **2** | **1** | **2** | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** |



## Microtraumatismes répétés

Les microtraumatismes répétés (MTR) englobent toute une série d'affections qui sont habituellement causées ou aggravées par les mouvements répétitifs, les mouvements forcés, les postures incommodes et les risques ergonomiques (comme la mauvaise conception du poste de travail). Les MTR sont caractérisés par un malaise ou une douleur persistante dans les muscles, les tendons, les articulations et d'autres tissus mous. Les sièges fréquemment touchés sont les mains, les coudes, les épaules et le dos, mais les membres inférieurs peuvent également être atteints. La présente section comprend les états de santé associés aux microtraumatismes répétés affectant la main, le coude ou l'épaule. L'état de santé présenté plus haut pour la lombalgie chronique est également représentatif des limitations fonctionnelles associées aux MTR affectant le dos.

En 2000-2001, au Canada, plus de deux millions de personnes présentaient des lésions dues à des microtraumatismes répétés suffisamment graves pour limiter leurs activités normales, et 55 % de ces traumatismes étaient causés par des activités professionnelles[18]. Les facteurs qui contribuent aux microtraumatismes répétés en milieu de travail comprennent les rythmes de travail excessifs (et un nombre inadéquat de pauses), l'utilisation d'équipement, d'outils, de machines et de meubles mal conçus, la mauvaise disposition du poste de travail qui oblige à se pencher, se tordre ou s'étendre pour exécuter une seule tâche, les chaises, bureaux et plans de travail dont la hauteur n'est pas adaptée à la taille de la personne et le manque de variété des tâches.

Il n'existe aucun examen normalisé pour identifier les MTR et le diagnostic est généralement posé d'après les symptômes. Ceux-ci peuvent varier, mais comprennent souvent de la douleur, un engourdissement, des picotements et une impression de lourdeur, une limitation du mouvement et une faiblesse dans les muscles du membre affecté ou autour de ceux-ci. Au premier stade, le membre affecté est douloureux et faible lorsqu'il est utilisé, mais ces symptômes disparaissent avec un repos adéquat. À mesure que l'affection progresse, les symptômes persistent même la nuit. Les muscles et les tissus finissent par devenir plus sensibles à la pression, ce qui entraîne une douleur intense et, éventuellement, la perte de fonction. Le repos et (ou) le sommeil peuvent être perturbés et la capacité d'accomplir des tâches mêmes légères peut être limitée. Si ce stade d'évolution persiste des mois ou des années, la personne atteinte peut faire de la dépression et éprouver de l'angoisse à l'idée que la lésion risque d'être permanente. Cependant, il est important de souligner que de nombreux cas de microtraumatismes répétés sont uniquement aigus et autolimités, qu'ils se résolvent d'eux-mêmes une fois que le facteur déclenchant (c.-à-d. l'activité causant le problème) est éliminé et qu'ils n'évoluent jamais jusqu'au stade de problème chronique associé à une douleur constante et à des limitations fonctionnelles. Si les symptômes ne disparaissent pas spontanément après que l'activité déclenchante est éliminée, plusieurs options thérapeutiques existent, dont la prescription d'AINS, le traitement physique, comme la pose d'une attelle

ou d'un plâtre, l'application de glace, l'élévation et la compression, ainsi que la suppression des activités qui causent le malaise. Des injections de cortisone peuvent aussi être utiles à la phase aiguë initiale. Certains autres traitements fréquents incluent la physiothérapie, la vibrothérapie, le massage et l'acupuncture. La chirurgie correctrice est rare et habituellement utilisée uniquement « en dernier recours ». Une lésion permanente peut se produire si rien n'est fait pour éliminer ou réduire le traumatisme ou sa cause. En général, plus les symptômes durent longtemps avant que soit éliminée l'activité causant le problème, plus l'affection risque d'être réfractaire au traitement. Les descriptions qui suivent s'appliquent uniquement aux cas chroniques confirmés de microtraumatismes répétés, qui ont un impact à long terme sur la santé de la population.

### Microtraumatismes répétés de la main, chroniques
### Pas de code de la CIM-9

Description

Les microtraumatismes répétés de la main sont caractérisés par de la douleur, de l'engourdissement, des picotements, une faiblesse musculaire et, à l'occasion, l'enflure du poignet, de la main ou des doigts. Ils peuvent affecter une main ou les deux, selon la cause du traumatisme et la main qui est surutilisée. La personne atteinte peut avoir de la difficulté à tenir des objets ou des outils dans la ou les mains, ce qui réduit sa capacité de fonctionnement au travail ou à la maison. Les symptômes incluent de l'engourdissement, des picotements, un endolorissement, ainsi qu'une douleur dans la main et les doigts et, parfois, le poignet, souvent pire la nuit. La perturbation du sommeil entraîne des périodes occasionnelles de fatigue. Le syndrome du canal carpien (code de la CIM-9 : 354.0) est le MTR de la main le plus fréquent; la tendinite (inflammation et douleur des tendons de la main) est également fréquente, comme la ténosynovite de Quervain (code de la CIM-9 : 727.04) qui affecte le pouce.

Classification

| DM | FP | EE | FA | MP | RS | AN | PA | OU | VU | DE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **3** | **2** | **1** | **2** | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** | **3** |

## Microtraumatismes répétés du coude, chroniques
## Pas de code CIM-9

Description

En cas de microtraumatismes répétés chroniques du coude, la douleur résulte de la surutilisation du poignet, par extensions répétées (tennis elbow, ou coude du joueur de tennis) ou par flexions répétées (golfer's elbow, ou coude du joueur de golf). La douleur irradie souvent le long de l'avant-bras, ce qui rend difficile l'extension et la flexion du poignet et entraîne des limitations physiques. Elle peut aussi réduire la force de préhension. Les deux lésions les plus fréquentes sont le « tennis elbow » qui affecte les muscles extenseurs du poignet et cause une douleur à la face externe du coude, et le « golfer's elbow », qui affecte les muscles fléchisseurs du poignet et cause une douleur à la face interne du coude (médicalement, ces deux lésions sont appelées épicondylite, mais sont aussi parfois dénommées tendinite; code de la CIM-9 : 726.32).

Classification

| DM | FP | EE | FA | MP | RS | AN | PA | OU | VU | DE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |

## Microtraumatismes répétés de l'épaule, chroniques
## Pas de code de la CIM-9

Description

En cas de microtraumatismes répétés chroniques de l'épaule, les mouvements de cette dernière sont douloureux (particulièrement le lever du bras au niveau de l'épaule ou plus haut) et peuvent être accompagnés d'une sensation de raideur et de faiblesse. Au départ, le mouvement de l'épaule est limité à cause de la douleur, mais si celle-ci persiste longtemps et que des exercices d'étirement (également appelés exercices d'amplitude) ne sont pas faits afin de mobiliser l'épaule, celle-ci risque de perdre de façon permanente une partie de sa mobilité. Au cours du temps, l'usage réduit du bras peut entraîner une faiblesse musculaire supplémentaire. Le sommeil est parfois perturbé, ce qui cause des périodes de fatigue. Les MTR de l'épaule comprennent, par exemple, la tendinite du sus-épineux (inflammation des tendons qui font bouger l'épaule [coiffe des rotateurs]), la bursite sous-acromiale (inflammation de la bourse séreuse sous-acromiale adjacente aux tendons de la coiffe des rotateurs) et la rupture de la coiffe des rotateurs (rupture d'un ou de tous les tendons). Ces traumatismes sont causés par des mouvements d'élévation répétés de l'épaule (comme lancer une balle de baseball, nager le crawl ou lever les bras de façon répétée).

Classification

| DM | FP | EE | FA | MP | RS | AN | PA | OU | VU | DE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

## Arthrose

L'arthrose, également appelée ostéoarthrite, est une maladie articulaire qui affecte principalement le cartilage (le tissu glissant qui recouvre les extrémités des os dans l'articulation), mais d'autres structures articulaires peuvent également être touchées (p. ex. le liquide synovial qui assure la lubrification de l'articulation et garde le cartilage lisse). Au cours du temps, le cartilage peut dégénérer et s'user, de sorte que les extrémités non protégées des os frottent l'une contre l'autre, causant une destruction de la structure articulaire. Ce processus peut durer des dizaines d'années, la destruction complète du cartilage n'ayant lieu qu'au stade final de l'arthrose. Les symptômes d'arthrose peuvent commencer à se manifester avant que le cartilage ne dégénère. À mesure que la maladie évolue, on note un accroissement de la douleur ou de l'enflure, une restriction du mouvement articulaire, de la raideur ou la formation de becs osseux (minuscules excroissances de tissu osseux). L'arthrose peut se manifester dans n'importe quelle articulation, mais affecte habituellement les mains et les articulations portantes, comme la hanche, le genou et la colonne vertébrale. La présente section porte sur les conséquences de l'arthrose chronique de la main et des membres inférieurs (y compris l'arthrose de la hanche et (ou) du genou). Les limitations associées à l'arthrose de la colonne vertébrale sont décrites et classées dans l'état de santé lié à la lombalgie chronique.

L'arthrose, qui est le type le plus courant d'arthrite, est l'une des causes principales de limitations fonctionnelles chez les personnes âgées. Elle affecte 10 % de la population canadienne[4]. Bien que sa prévalence soit plus élevée avant 45 ans chez les hommes et après 55 ans chez les femmes, elle est, tous âges confondus, la même chez les hommes que chez les femmes[19,20]. Lorsqu'ils atteignent 70 ans, la plupart des gens souffrent d'arthrose[4,21]. Les symptômes, qui affectent la région péri-articulaire, apparaissent habituellement lentement et leur intensité peut varier de légère à très sévère. Le tout premier symptôme est une douleur articulaire profonde, lancinante, accompagnée d'une légère raideur de l'articulation le matin. La douleur empire généralement après l'utilisation de l'articulation affectée, mais est soulagée par le repos; par contre, de longues périodes d'inactivité peuvent aussi accroître la raideur articulaire qui se résout avec la reprise du mouvement de l'articulation. À mesure qu'évolue l'arthrose, le mouvement articulaire diminue et la région entourant l'articulation affectée devient très sensible à la pression. La douleur empire aussi (au départ elle ne se manifeste que lors de l'utilisation de l'articulation, mais avec le temps, elle devient constante, même au repos, et est pire la nuit, ce qui perturbe le sommeil). Ces problèmes peuvent causer de la difficulté à se déplacer et à accomplir les tâches de la vie quotidienne, comme ouvrir un bocal ou monter des escaliers. Toutefois, malgré ces nombreuses difficultés, la plupart des personnes qui font de l'arthrose arrivent à mener une vie active avec un traitement approprié.

La cause exacte de l'arthrose demeure inconnue, mais on l'associe au vieillissement (elle est également appelée arthropathie dégénérative). Cependant, l'arthrose n'est pas le résultat d'un vieillissement normal, mais plutôt d'un vieillissement exagéré ou accéléré (où le processus de réparation devient pathologique et ne peut plus assurer la régénération normale du cartilage). La dégénérescence de l'articulation peut être déclenchée par une lésion de l'articulation ou des microtraumatismes répétés. La pression exercée par le poids du corps joue aussi un rôle important; l'obésité accroît le risque d'arthrose, parce qu'elle impose un stress aux articulations portantes, comme les hanches et les genoux. Les autres facteurs de risque incluent le stress mécanique (activités causant des chocs répétés ou flexions profondes répétées des genoux), les maladies endocriniennes et métaboliques, une densité minérale osseuse élevée et l'hérédité (particulièrement en ce qui concerne l'arthrose de la main). Le diagnostic est d'abord posé d'après un examen physique et le tableau clinique, puis est confirmé par examen radiographique. En outre, bien qu'elles ne permettent pas de confirmer la présence d'arthrose, les analyses de sang ou de liquide articulaire permettent parfois d'écarter d'autres maladies.

Le traitement vise avant tout à réduire la douleur et à améliorer le mouvement articulaire. L'exercice aide à réduire la douleur et à améliorer la fonctionnalité, et peut parfois contribuer à maintenir un poids santé qui réduit les contraintes qui s'exercent sur les articulations. Les exercices d'amplitude et de musculation renforcent les muscles qui entourent l'articulation, ce qui la rend plus stable. Les techniques de réadaptation, y compris le port d'une orthèse et l'application de glace ou de chaleur sont également utiles. L'enseignement de stratégies d'auto-prise en charge afin d'apprendre au patient comment faire face à la douleur et aux limitations fonctionnelles est également un complément au traitement qui améliore la qualité de la vie. Le traitement pharmacologique comprend l'acétaminophène, les AINS, les injections de cortisone dans les articulations et les compléments nutritionnels. La chirurgie est une option pour les personnes dont l'état des articulations lésées n'a pas été amélioré par d'autres traitements et qui continuent d'éprouver une douleur intense ou une limitation importante de leur capacité à vaquer aux activités de la vie quotidienne. En particulier, l'arthroplastie, ou remplacement de l'articulation, est une modalité thérapeutique importante et efficace en cas d'arthrose de la hanche ou du genou.

### Arthrose de la (des) main(s)
### Code de la CIM-9 : 715.4

**Description**

L'arthrose de la main affecte les articulations des doigts et de la base du pouce. Il s'agit de la seule forme de la maladie qui semble être héréditaire. Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, particulièrement après la ménopause. Selon les critères établis par l'American College of Rheumatology, pour poser le diagnostic, il faut observer une douleur, un endolorissement ou une raideur, ainsi que trois ou quatre autre symptômes, dont l'élargissement des tissus durs d'un certain nombre d'articulations des doigts et la déformation d'au moins une de dix articulations choisies[22]. La restriction de l'amplitude du mouvement due à la douleur et à la raideur entraîne certaines limitations fonctionnelles, particulièrement liées à l'utilisation des mains et des doigts. Des activités ménagères comme ouvrir

Description

des bocaux ou laver la vaisselle peuvent devenir difficiles. L'existence ou l'apparition éventuelle d'une déformation grave peut accroître encore davantage les limitations.

Classification

| DM | FP | EE | FA | MP | RS | AN | PA | OU | VU | DE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 |

**Arthrose des membres inférieurs**
**Code de la CIM-9 : 715.5 pour la région pelvienne et la cuisse (arthrose de la hanche)**
**Code de la CIM-9 : 715.6 pour la jambe (arthrose du genou)**

Description

L'arthrose des membres inférieurs affecte une ou les deux hanches ou un ou les deux genoux et rend souvent certains mouvements difficiles, comme enfiler des chaussettes ou un pantalon, se mettre à genou, s'accroupir, ou monter ou descendre des escaliers. L'articulation la plus souvent touchée est le genou. Les critères de diagnostic de l'arthrose de la hanche établis par l'American College of Rheumatology sont la présence d'une douleur à la hanche et d'au moins deux ou trois autres symptômes, comme la limitation de la rotation interne de la hanche et des périodes de raideur matinale durant 60 minutes ou moins[23]. Pour l'arthrose du genou, les critères sont la présence d'une douleur au genou et au moins 3 autres symptômes, y compris une raideur matinale durant moins de 30 minutes, un endolorissement osseux et un élargissement osseux[24]. Un critère supplémentaire (pour chaque diagnostic) est un âge supérieur à 50 ans. Quel que soit le siège touché, la douleur, la réduction de l'amplitude de mouvement, ainsi que la raideur et l'enflure des articulations des membres inférieurs limitent l'aptitude à exécuter certaines tâches, comme marcher, se tenir debout, ou s'asseoir, ce qui entraîne une limitation du fonctionnement physique ainsi que social. Les personnes atteintes éprouvent aussi un niveau moyen de douleur et de malaise. Au début, la douleur ne se manifeste que quand la personne marche, se penche, monte ou descend des escaliers ou se tient debout, mais au cours du temps, elle devient constante. Arrivée à ce stade, la douleur perturbe souvent le sommeil, ce qui peut causer de la frustration et de la dépression.

Classification

| DM | FP | EE | FA | MP | RS | AN | PA | OU | VU | DE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

## Polyarthrite rhumatoïde

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie auto-immune chronique dans laquelle le système immunitaire de l'organisme attaque le tissu sain des articulations plutôt que des cellules étrangères, ce qui enflamme la synoviale (membrane qui tapisse l'articulation et produit le liquide qui la lubrifie). Cette inflammation cause une douleur, une raideur et une enflure importantes des articulations qui limitent la capacité d'utiliser normalement ces dernières. Au cours du temps, l'inflammation cause des lésions articulaires qui entraînent des déformations progressives (particulièrement aux mains et aux pieds) et réduisent la capacité de mouvoir les articulations. La polyarthrite rhumatoïde est une maladie systémique qui cause une fatigue importante et peut affecter d'autres parties de l'organisme. Elle peut se manifester dans toute articulation, généralement de façon symétrique (c.-à-d. des deux côtés en même temps). Les articulations le plus fréquemment affectées sont celles des mains et des pieds.

La maladie varie d'une personne à l'autre. Chez certaines, elle est bénigne et cause une certaine douleur, mais ne limite que légèrement le fonctionnement (comme être obligé de réduire les activités de loisirs) et ne provoque que peu de déformation des articulations, voire aucune. Par contre, chez d'autres, elle peut être grave au point d'empêcher d'entreprendre même les tâches les plus élémentaires, comme s'habiller et se laver, et de causer des difformités importantes des articulations. Chez la plupart des personnes atteintes, la maladie est chronique et caractérisée par une inflammation active permanente et des fluctuations des symptômes (douleur, enflure, raideur, fatigue). Les périodes d'exacerbation aiguë des symptômes sont appelées « poussées » et peuvent durer de quelques jours à quelques semaines. L'objectif du traitement permanent est d'obtenir la rémission de la maladie, mais la rémission complète est peu fréquente. La rémission survient rarement de façon spontanée. Au cours du temps, surtout si la maladie n'est pas bien maîtrisée, les lésions des articulations s'aggravent progressivement, causant des déformations graves, la perte de mobilité et la perte progressive des fonctions physiques. La présente section donne la description du cas typique de polyarthrite rhumatoïde à chaque stade, c'est-à-dire une poussée aiguë, une inflammation active chronique et le stade de destruction avancée. En général, les personnes atteintes passent d'un stade à l'autre. Elles peuvent également connaître des périodes où la maladie n'est que peu ou pas active (rémission), mais celles-ci surviennent surtout durant la première année de la maladie. La probabilité de rémission diminue à mesure que le temps passe. Durant les périodes de rémission, la maladie est presque ou complètement inactive, de sorte que cet état de santé n'est pas décrit ici.

Dans la plupart des cas, la polyarthrite rhumatoïde s'installe entre l'âge de 20 et 50 ans, mais elle peut survenir à tout âge, même durant l'enfance (les jeunes enfants peuvent présenter une forme appelée polyarthrite rhumatoïde juvénile). Environ 1 % de la population canadienne est affecté par cette maladie[4]; son incidence augmente avec l'âge, chez toutes les races et tous les groupes ethniques. Les femmes sont

environ trois fois plus susceptibles que les hommes d'en souffrir. Les symptômes prédominants comprennent de la douleur, une enflure importante et la raideur de la ou des articulations affectées. La douleur et la raideur, qui sont pires le matin et après un repos ou une immobilité prolongée, durent au moins 30 minutes au lever, et leur durée et leur intensité augmentent lorsque la maladie est plus active. Quand elle est très active, la douleur et la raideur matinales peuvent durer plusieurs heures. La maladie peut aussi avoir des effets systémiques, comme de la fatigue, un malaise, de la faiblesse, une perte de poids, de l'anémie et, à l'occasion, de la fièvre. Dans des cas rares, la polyarthrite rhumatoïde touche d'autres organes que les articulations (yeux, peau, nerfs, poumons). À mesure que la maladie évolue, plusieurs autres articulations sont affectées, ce qui entraîne une perte progressive de fonction. Le pronostic de long terme de la polyarthrite rhumatoïde est sombre; environ 80 % des patients présentent une réduction de leur capacité fonctionnelle dans les 20 ans après l'apparition de la maladie[25]. Les complications comprennent la destruction, la perte de mobilité et la déformation progressives de l'articulation. L'inflammation permanente est à l'origine de la lésion ou destruction des articulations. L'espérance de vie des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde est réduite de 5 à 10 ans[26] à cause de complications rhumatoïdes et d'un accroissement de la prévalence des décès de cause non spécifique. La maladie cardiovasculaire est la cause de décès dont la prévalence augmente le plus fréquemment chez les personnes souffrant de polyarthrite rhumatoïde[27,28].

Les causes de la polyarthrite rhumatoïde sont en grande partie inconnues, mais il est probable que des facteurs génétiques interviennent. La présence de certains gènes (associés au système immunitaire) pourrait accroître le risque de faire de la polyarthrite rhumatoïde et prédisposer la personne concernée à une forme plus grave de la maladie[29-31]. Les facteurs environnementaux jouent également un rôle. Le diagnostic est fondé sur le tableau clinique complet des symptômes, l'examen physique, des analyses biochimiques et des examens radiographiques; il n'existe aucun test unique pour diagnostiquer la maladie. Cependant, un ensemble de critères établis par l'American College of Rheumatology sont généralement utilisés en recherche clinique. Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde est posé si la personne satisfait à au moins quatre des sept critères suivants : raideur matinale dans les articulations et autour de celles-ci durant au moins une heure avant que l'amélioration soit maximale; enflure des tissus (arthrite), observée par un médecin, d'au moins trois régions articulaires; arthrite des articulations des doigts ou du poignet; enflure symétrique (arthrite dans la même articulation des deux côtés du corps); nodules rhumatoïdes; présence du facteur rhumatoïde dans le sérum sanguin et signes radiographiques d'érosion osseuse dans les articulations de la main et (ou) du poignet. Les quatre premiers critères doivent être présents depuis au moins six semaines[32].

Le traitement vise à soulager la douleur, réduire l'inflammation, arrêter ou ralentir la destruction articulaire afin de prévenir les complications à long terme et améliorer la fonctionnalité et le bien-être. Il consiste en une combinaison de médicaments, de repos, d'exercices et de méthode de protection des articulations. Les anti-inflammatoires peuvent réduire l'enflure, la douleur et la raideur, mais ils ne peuvent empêcher la destruction des articulations. Les antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) sont un élément essentiel du traitement moderne parce qu'ils interfèrent avec le processus rhumatoïde auto-immun sous-jacent et préviennent ainsi l'inflammation des articulations (ce qui réduit la

douleur, la raideur et l'enflure), de même que la destruction des articulations (ce qui ralentit les effets de la maladie sur les articulations)[33]. Le traitement médicamenteux aux ARMM doit être institué aussitôt que possible après la manifestation de la polyarthrite rhumatoïde, avant que les lésions articulaires soient irréversibles, et doit se poursuivre pendant tout le cours de la maladie. Environ 90 % de patients atteints de PR sont traités aux ARMM dans les trois ans après le diagnostic[34]. Des corticostéroïdes peuvent également être administrés durant les poussées, ou en attendant que les ARMM agissent. La physiothérapie est un traitement d'appoint important. Le repos, la protection des articulations, l'application de glace ou de chaleur peuvent réduire la douleur et, dans une moindre mesure, l'enflure des articulations enflammées. L'exercice régulier est également essentiel au maintien de l'amplitude du mouvement des articulations et au renforcement des muscles qui entourent l'articulation, ce qui accroît la mobilité, la fonctionnalité et contribue au maintien de la stabilité des articulations. L'utilisation d'attelles, d'orthèses et d'appareils et accessoires fonctionnels aide aussi à réduire la douleur et à accroître la fonctionnalité. L'enseignement de stratégies d'auto-prise en charge et l'éducation des patients sont très importants, car ils apprennent aux personnes atteintes à s'adapter à leur maladie et à faire face à la douleur, à la fatigue et aux autres symptômes quotidiens. Si les articulations deviennent gravement déformées ou dysfonctionnelles, une intervention chirurgicale est nécessaire. Les interventions courantes comprennent la reconstruction de la main ou du pied (pour renforcer les doigts et les orteils), la réparation des tendons et l'arthroplastie.

### Polyarthrite rhumatoïde, crise aiguë
### Code de la CIM-9 : 714.0

**Description**

Durant une crise aiguë (ou poussée), les articulations affectées sont douloureuses, enflées et raides, ce qui restreint l'amplitude du mouvement et cause une perte éventuelle de mobilité (quoique temporaire). La fatigue, habituellement plus prononcée durant une poussée, est un effet direct de l'inflammation, ainsi que du manque de sommeil dû à la douleur. Un effort supplémentaire est nécessaire pour s'adonner aux activités quotidiennes. Le malade peut éprouver un malaise général et faire de la fièvre. La douleur éprouvée est d'intensité moyenne à grave et est constante, même quand les articulations sont au repos. La douleur et la raideur matinales augmentent et peuvent durer plusieurs heures. L'état émotionnel est affecté, car nombre de personnes sont en colère, irritables et anxieuses durant une crise aiguë de PR.

**Classification**

| DM | FP | EE | FA | MP | RS | AN | PA | OU | VU | DE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 4 |

### Polyarthrite rhumatoïde, active chronique
### Code de la CIM-9 : 714.0

**Description**

Entre les poussées, les symptômes (particulièrement la douleur et la raideur des articulations) sont en général moins intenses que durant une crise aiguë, mais un certain degré de douleur et de raideur persiste néanmoins. Le traitement aux ARMM rend habituellement l'inflammation suffisamment faible pour que la douleur et la raideur soient légères; la douleur se manifeste lors de l'utilisation et, surtout, la surutilisation des articulations au lieu d'être constamment présente, et elle ne gène pas le sommeil. La participation aux activités de loisirs et l'exécution des tâches ménagères peuvent être limitées dans une certaine mesure. Les personnes atteintes peuvent également éprouver de la fatigue et un faible niveau d'énergie.

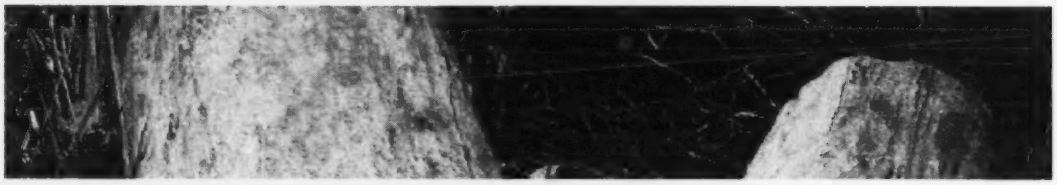
| Classification | DM | FP | EE | FA | MP | RS | AN | PA | OU | VU | DE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **2** | **2** | **2** | **2** | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** | **2** |

### Polyarthrite rhumatoïde, destruction avancée
### Code de la CIM-9 : 714.0

**Description**

Au stade avancé de la maladie, la destruction des articulations affectées cause des déformations et une perte de mobilité graves qui rendent difficile l'utilisation normale de l'articulation et qui causent parfois de la douleur. Il y a aussi perte de fonction. Les changements physiques se traduisent par une limitation du fonctionnement physique, une diminution de la capacité de travailler et de mener une vie heureuse, normale, y compris participer à des activités de loisirs. Les déformations rendent parfois les tâches élémentaires difficiles ou impossibles, ce qui cause de la dépression, une faible estime de soi et un sentiment d'impuissance. Le fonctionnement sexuel est parfois altéré également, particulièrement si la douleur, l'incapacité physique et la dépression sont très prononcées[35]. On note généralement un niveau moyen d'anxiété causé par l'appréhension (ou la présence) de complications.

| Classification | DM | FP | EE | FA | MP | RS | AN | PA | OU | VU | DE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **2** | **3** | **4** | **3** | **1** | **3** | **3** | **1** | **1** | **1** | **4** |



## Lupus érythémateux systématique

Le lupus érythémateux est une maladie rhumatismale auto-immune chronique. Cela signifie que le système immunitaire produit des anticorps qui attaquent les tissus et organes sains de l'organisme, y compris les articulations, les reins, le cœur, les poumons, le cerveau, le sang ou la peau. Ces anticorps, appelés auto-anticorps, causent l'inflammation de diverses parties de l'organisme et peuvent provoquer des lésions des organes et des tissus. La plupart des malades éprouvent des symptômes tels que des manifestations cutanées, de l'arthrite, des ulcérations buccales, la chute des cheveux et de la fatigue, mais ils varient d'une personne à l'autre. Le lupus érythémateux disséminé (LED), qui atteint plusieurs parties de l'organisme (outre la peau), est la forme la plus courante de la maladie et est, par conséquent, celle sur laquelle se concentre la présente section.

Il est estimé qu'au Canada, environ 15 000 personnes (1 sur 2 000) sont atteintes d'un lupus érythémateux disséminé[3]. La maladie peut apparaître chez les hommes et les femmes de tout âge, mais s'installe le plus fréquemment entre l'âge de 15 et 44 ans. Dans ce groupe d'âge, le LED survient environ 10 fois plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes adultes. Par contre, chez les personnes de moins de 15 ans et celles de plus de 45 ans, il est aussi fréquent chez l'homme que chez la femme. Sa prévalence est plus élevée chez les Afro-américains et les Asiatiques, et il est également plus fréquent et plus grave chez les Autochtones[3,36].

Les premiers symptômes du LED comprennent des douleurs articulaires et musculaires, une éruption cutanée (particulièrement sur le visage), une fièvre légère persistante et de la fatigue. Les autres manifestations de la maladie comprennent le gonflement des glandes, la perte de l'appétit, la sensibilité à la lumière, la chute inhabituelle des cheveux (alopécie), des ulcères buccaux, une sécheresse oculaire ou buccale, l'arthrite, l'inflammation des séreuses (inflammation des membranes qui entourent le cœur, les poumons et les organes de l'abdomen, causant de la douleur et de la difficulté à respirer profondément), des nausées, des vomissements et de la diarrhée, une perte pondérale, le phénomène de Raynaud (doigts et orteils devenant blancs ou bleus lors de l'exposition au froid à cause d'une mauvaise circulation), des anomalies de la formule sanguine (anémie, faible nombre de plaquettes, qui peut causer des hémorragies, ou faible nombre de globules blancs, qui peut entraîner des infections graves, un risque accru de formation de caillots dans les veines des membres (thrombose veineuse profonde) ou dans les artères du cerveau (accident vasculaire cérébral). Les atteintes graves des organes internes incluent des problèmes rénaux (fuites de protéines et de cellules dans l'urine qui peuvent entraîner une insuffisance rénale nécessitant une dialyse ou une greffe de rein), des problèmes pulmonaires (inflammation ou hémorragie des poumons entraînant des difficultés respiratoires), des problèmes cardiaques (destruction des valves cardiaques, maladie coronarienne causant des douleurs thoraciques dues à l'angine de poitrine), ainsi que l'atteinte du cerveau ou des nerfs avec perte de sensation ou faiblesse musculaire et diverses autres

manifestations neurologiques. Les symptômes peuvent être bénins ou être si graves que la vie du malade est menacée. Les affections graves du cerveau, des poumons, du cœur et des reins rendent le pronostic de survie globale et d'incapacité assez sombre. Chez la plupart des sujets, le lupus est une maladie bénigne, qui n'affecte que quelques organes, mais quelques cas de LED comportent une atteinte grave des organes.

Les chercheurs n'ont pas encore découvert les causes du lupus, quoique certains pensent qu'il existe une prédisposition génétique à la maladie; jusqu'à 5 % des enfants nés de parents atteints d'un lupus présenteront la maladie[37,38]. Des facteurs environnementaux, dont les infections, la consommation d'antibiotiques, l'exposition à la lumière ultraviolette, le stress extrême et certains médicaments, peuvent intervenir dans le déclenchement de la maladie. De surcroît, certains facteurs hormonaux expliqueraient pourquoi le lupus est plus fréquent chez les femmes.

Il n'existe aucun examen unique permettant d'identifier le lupus, et il faut parfois au médecin des mois ou des années pour poser correctement le diagnostic. Le diagnostic clinique du LED nécessite la présence d'au moins 4 des 11 critères diagnostiques établis par l'American College of Rheumatology. Ces critères sont l'érythème en ailes de papillon siégeant sur les joues du visage, un lupus discoïde (plaques érythémateuses (rougeurs) sur la peau), la photosensibilité, des ulcérations buccales, de l'arthrite dans au moins deux articulations des membres, l'inflammation des séreuses, des troubles rénaux, des troubles neurologiques, des anomalies de la formule sanguine, des troubles immuns et la présence d'anticorps antinucléaires[39].

La manifestation du LED est cyclique; la gravité de la maladie fluctue, présentant des périodes d'exacerbations (ou de poussées aiguës), accompagnées d'un plus grand nombre de symptômes et de l'atteinte éventuelle de nouveaux organes internes qui n'étaient pas touchés antérieurement, et des périodes d'activité chronique de faible grade, durant lesquelles certains symptômes sont présents, mais ne sont pas aussi graves que durant les poussées. Ces dernières peuvent durer plusieurs jours à plusieurs semaines et, parfois, des mois. La rémission de la maladie, avec disparition complète ou quasi complète des symptômes est rare. En outre, au cours du temps, les lésions causées dans divers organes durant les phases actives du LED peuvent s'accumuler. La durée et le profil de ces cycles varient beaucoup d'une personne à l'autre. Avec le temps, certaines personnes peuvent présenter des lésions permanentes dans certaines parties de l'organisme à la suite de multiples poussées aiguës atteignant des organes internes (comme un accident vasculaire cérébral ou des lésions nerveuses, une maladie rénale de stade final nécessitant une dialyse, ou une scarification des poumons causant de l'essoufflement).

Il n'existe pas de cure pour le LED, mais chez une grande majorité de personnes atteintes, un traitement efficace peut minimiser les symptômes, réduire l'inflammation et maintenir les capacités normales de l'organisme et du système immunitaire. L'objectif principal est d'éviter les lésions des organes grâce à la diminution de l'inflammation et (ou) du niveau d'activité auto-immune de l'organisme. Les approches thérapeutiques sont fondées sur les besoins et les symptômes particuliers de chaque personne. La variété de médicaments utilisés fréquemment dépend de l'organe ou des organes atteints et du degré de l'atteinte. En général, les symptômes bénins (éruptions, chute des cheveux, ulcères, douleur thoracique, arthrite)

sont traités au moyen d'antipaludiques (médicaments contre la malaria) et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Les atteintes plus graves d'organes internes nécessitent l'administration d'immunosuppresseurs, c'est-à-dire des médicaments qui diminuent ou suppriment les réactions immunitaires. Les corticostéroïdes sont souvent administrés à petite dose pendant de brèves périodes pour maîtriser les poussées et à doses plus élevées pendant de plus longues périodes pour maîtriser l'atteinte des organes internes. S'il est traité, le LED peut être maîtrisé. Cependant, il convient de souligner que le traitement de longue durée du LED grave par des corticostéroïdes et des immunosuppresseurs peut avoir des effets secondaires multiples et parfois considérables. Ainsi, ces médicaments sont associés à un risque accru d'infections et de cancers, particulièrement de lymphomes, et la corticothérapie prolongée cause souvent de l'ostéoporose (la perte de densité osseuse) et un accroissement du risque de diabète, d'hypertension et de maladie coronarienne[40].

### Lupus érythémateux systématique, crise aiguë
### Code de la CIM-9 : 710.0

**Description**

Le LED est parfois qualifié de « maladie aux 1 000 visages », parce qu'il n'existe vraiment aucun cas « typique ». Toutefois, le diagnostic clinique ne peut être posé que si au moins 4 des 11 critères diagnostiques établis par l'American College of Rheumatology sont satisfaits. Les symptômes les plus fréquents du LED, qui incluent de la fatigue, des éruptions, l'endolorissement et l'enflure périodiques des articulations, des ulcérations buccales, la chute des cheveux, la sécheresse des yeux et de la bouche et des douleurs thoraciques, ont tendance à s'accroître pendant les poussées, durant lesquelles on observe une grande fatigue et souvent une fièvre légère. L'atteinte de plusieurs organes internes peut aussi avoir lieu durant les poussées. Elle cause un niveau moyen de douleur et de malaise et de légères limitations du fonctionnement physique, selon la gravité de la poussée. Durant les périodes où la maladie est active, les symptômes limitent aussi les relations sociales (à cause de la grande fatigue et de la douleur). Les éruptions peuvent inciter le malade à s'isoler socialement; l'arthrite (et la fatigue) peuvent limiter les activités et l'aptitude à travailler. L'état émotionnel est affecté également; souvent, les personnes atteintes d'un lupus éprouvent de l'anxiété, de la dépression et un sentiment d'impuissance dus à la nature chronique, fluctuante de la maladie et au risque de complications. Les malades peuvent éprouver une fatigue extrême et prolongée qui est habituellement causée par la maladie proprement dite, mais qui peut aussi résulter de complications du traitement médicamenteux (comme l'anémie). La diminution du pouvoir de concentration et un léger dysfonctionnement cognitif sont très fréquents, particulièrement durant les poussées de LED.

**Classification**

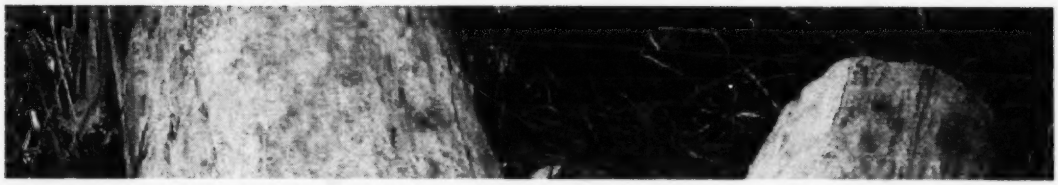
| DM | FP | EE | FA | MP | RS | AN | PA | OU | VU | DE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 |

**Lupus érythémateux systémique, actif chronique**
**Code de la CIM-9 : 710.0**

Description

Durant le stade actif chronique (entre les poussées), les symptômes les plus courants du LED ont tendance à apparaître et à disparaître. Leur intensité est très variable, selon la forme de la maladie et peuvent évoluer au cours du temps chez chaque personne. L'attaque grave des organes internes est typique des poussées, mais peut parfois pour certains, être chronique. Grâce au traitement, la plupart des malades éprouvent un faible niveau de douleur et de malaise, principalement dû à l'arthrite, aux ulcérations buccales, à la sécheresse des yeux et de la bouche et à de légères limitations du fonctionnement physique. La fatigue est souvent un symptôme qui ne disparaît jamais complètement et qui est une cause importante de limitation fonctionnelle et de limitation des relations sociales (à cause du manque d'énergie pour s'adonner aux activités habituelles). La diminution du pouvoir de concentration et la dysfonction cognitive légère peuvent persister (même entre les poussées).

| Classification | DM | FP | EE | FA | MP | RS | AN | PA | OU | VU | DE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **2** | **2** | **1** | **2** | **1** | **1** | **2** | **1** | **1** | **1** | **2** |



## Fibromyalgie

La fibromyalgie est un état qui se manifeste par une douleur musculo-squelettique chronique accompagnée de fatigue excessive ou d'épuisement. Habituellement, la douleur est localisée dans les muscles et les tissus mous entourant les articulations, ainsi que dans la peau et les organes, dans tout le corps. L'apparition est souvent subtile, n'affectant parfois qu'une seule région, mais au fil du temps, de multiples sièges sont affectés. Les sièges les plus fréquents de la douleur sont le cou, le dos, les épaules, les bras et les jambes, mais n'importe quelle partie du corps peut être atteinte. Bien que les symptômes varient en intensité et que la douleur puisse être très forte, la fibromyalgie ne met pas la vie en danger et ne cause pas de lésions musculaires ni articulaires.

La fibromyalgie peut se manifester durant l'enfance; cependant, habituellement, elle apparaît au début ou au milieu de l'âge adulte, et son incidence augmente avec l'âge. On estime qu'au Canada, 900 000 personnes souffrent de fibromyalgie[6], soit environ 3 % de la population[4,5]. Les femmes sont environ quatre à neuf fois plus susceptibles d'en souffrir que les hommes[6,41-44].

En général, la manifestation des symptômes de la fibromyalgie est chronique et d'intensité variable dans le temps. Bien qu'ils puissent ne jamais disparaître complètement, les symptômes ne sont pas évolutifs; l'état de la plupart des personnes atteintes a tendance à s'améliorer avec le temps. La douleur et la sensibilité à la pression sont les symptômes caractéristiques. La plupart des personnes qui souffrent de fibromyalgie se plaignent aussi de troubles du sommeil; souvent, elles s'endorment, mais se réveillent plusieurs fois au cours de la nuit, ce qui les prive d'un sommeil profond et réparateur. Elles se réveillent donc fatiguées; la fatigue durant le jour est un symptôme dominant. Un symptôme neurologique (appelé syndrome des jambes sans repos) qui cause le mouvement périodique des jambes durant le sommeil est également fréquent. Les autres symptômes comprennent l'épuisement, l'anxiété, la dépression, l'engourdissement, la raideur matinale, le syndrome du côlon irritable (alternance de constipation et de diarrhée), des troubles de l'articulation temporomandibulaire (ATM, qui affectent les articulations de la mâchoire et les muscles environnants et causent une douleur faciale), des céphalées et des migraines, et des pertes de mémoire et des perturbations cognitives. Les symptômes varient souvent en fonction du temps, du stress, du moment de la journée, ainsi que du niveau d'activité physique. Leur intensité est très variable d'une personne à l'autre; certaines sont presque totalement handicapées, tandis que d'autres ne le sont que légèrement. L'état de santé décrit à la présente section représente le cas moyen (typique) de fibromyalgie.

Les causes de la fibromyalgie sont inconnues, mais on a émis l'hypothèse qu'il existe plusieurs facteurs déclenchants, comme une maladie infectieuse ou un traumatisme. L'exposition à des facteurs de stress physiques, émotionnels ou environnementaux pourrait agir comme déclencheur chez les personnes

prédisposées (les facteurs génétiques semblent intervenir) et a aussi tendance à exacerber les symptômes. Des anomalies chimiques dans le cerveau pourraient amplifier la douleur (à cause d'un dysfonctionnement des processus sensoriels). Certains ont aussi émis l'hypothèse que les perturbations du sommeil ne seraient pas seulement des symptômes, mais une cause éventuelle de la fibromyalgie[42,45].

À l'heure actuelle, il n'existe pas d'analyse biochimique ni d'examen permettant de poser le diagnostic de fibromyalgie, mais l'American College of Rheumatology a établi un ensemble de critères, fondés sur les symptômes du malade, qui sont utilisés dans la pratique clinique. Ces critères incluent l'existence d'une douleur diffuse (douleur dans les quatre quadrants du corps : côté gauche, côté droit, sous la taille et au-dessus de celle-ci) qui dure au moins 3 mois, ainsi que la présence d'une douleur en réponse à une pression de faible intensité (moins de 4 kg) à 11 des 18 points sensibles du corps[46]. (Les points sensibles sont situés à des endroits précis du corps, particulièrement au niveau du cou, de l'épaule, de la colonne vertébrale et des hanches.)

Comme il n'existe aucune cure connue, la fibromyalgie doit être traitée comme un problème de santé chronique. Le traitement vise à soulager la douleur et à améliorer le sommeil, et comprend des médicaments, de la physiothérapie et l'auto-prise en charge. En général, l'efficacité du traitement pharmacologique est médiocre. Les AINS soulagent en partie la douleur; les antidépresseurs sont plus efficaces pour réduire la douleur, relâcher les muscles et favoriser le sommeil. Des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine peuvent également être prescrits aux personnes qui souffrent de fibromyalgie et de dépression (laquelle fait fréquemment partie du tableau clinique de la fibromyalgie et aggrave les symptômes). L'acupuncture ou la massothérapie soulage parfois la douleur en éliminant les points gâchette et les spasmes musculaires. Mais, avant tout et par-dessus tout, l'auto-prise en charge est un élément essentiel à la réduction des symptômes et à la maîtrise de la maladie. Des étirements et des exercices quotidiens limitent la douleur (bien que le mécanisme exact ne soit pas compris), maintiennent la force musculaire et la fonction physique et réduisent la raideur musculaire. L'exercice régulier améliore aussi le sommeil. Les exercices de relaxation réduisent le stress qui pourrait faire surgir les symptômes. En outre, éviter de faire la sieste durant la journée et de consommer de la caféine et adopter une bonne stratégie de gestion du sommeil (se coucher et se lever aux mêmes heures tous les jours) sont des mesures qui peuvent améliorer le sommeil. En général, les personnes dont les symptômes sont légers ne requièrent que peu de traitement (particulièrement si elles comprennent comment éviter les activités qui déclenchent ou empirent les symptômes), tandis que celles dont les symptômes sont plus graves doivent suivre un régime thérapeutique complet.

**Fibromyalgie, chronique**
**Code de la CIM-9 : 729.0**

Description

Chez une personne chez laquelle on a posé le diagnostic de fibromyalgie (en se basant sur l'existence d'une douleur généralisée depuis au moins 3 mois et une sensibilité à la douleur à au moins 11 de 18 points sensibles du corps), la douleur varie en intensité de jour en jour et peut changer d'emplacement. Elle est généralement décrite comme une sensation de brûlure, de douleur diffuse et d'endolorissement qui est généralement plus prononcée dans les parties du corps qui sont utilisées le plus (comme les pieds, ce qui cause des difficultés à marcher ou à se tenir debout). L'existence d'une douleur intense peut empêcher d'exécuter mêmes les tâches les plus simples, causant des incapacités professionnelles et sociales. La fatigue est généralement grande, atteignant souvent le stade de l'épuisement, ce qui diminue l'endurance et réduit la capacité de fonctionnement physique et mental. Des pertes de mémoire, et des troubles de la concentration et de l'attention se manifestent, particulièrement quand l'épuisement est intense. Les personnes atteintes éprouvent aussi un niveau modéré d'anxiété et de dépression. D'autres symptômes également fréquents chez les personnes souffrant de fibromyalgie comprennent des spasmes de la vessie (qui causent une miction fréquente ou urgente), le syndrome du côlon irritable (alternance de constipation et de diarrhée), et les migraines, qui ajoutent au malaise et limitent le fonctionnement social.

Classification

| DM | FP | EE | FA | MP | RS | AN | PA | OU | VU | DE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 |

## Références


1. Organisation mondiale de la santé. International Classification of Diseases, Neuvième révision. Basic Tabulation List with Alphabetical Index. Genève : Organisation mondiale de la santé; 1978.

2. Lupus Foundation of America, Inc. Lupus Fact Sheet [en ligne]. Disponible à http://www.lupus.org/education/factsheet.html. Consulté en décembre 2004.

3. La Société d'arthrite. Lupus érythémateux systémique [en ligne]. Disponible à http://www.arthrite.ca/types%20of%20arthritis/lupus/default.asp?s=1. Consulté en janvier 2005.

4. Conseil consultatif national sur le troisième âge et Agence de santé publique du Canada, Division du vieillissement et des aînés. Les troubles musculo-squelettiques comme l'arthrite et l'ostéoporose [en ligne]. Disponible à http://www.naca-ccnta.ca/vignette/vig69_f.htm. Consulté en novembre 2005.

5. Da Costa D, Dobkin PL, Dritsa M, Fitzcharles M-A. The relationship between exercise participation and depressed mood in women with fibromyalgia. Psychology, Health and Medicine 2001; 6 (3) : 301–311.

6. La Société d'arthrite. Fibromyalgie [en ligne]. Disponible à http://www.arthrite.ca/types%20of%20arthritis/fibromyalgia/default.asp?s=1. Consulté en octobre 2005.

7. Organisation mondiale de la santé. ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems: Dixième révision [ressource électronique]. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2003. Disponible à http://www3.who.int/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm.

8. Conseil consultatif national sur le troisième âge et Agence de santé publique du Canada, Division du vieillissement et des aînés. Les troubles musculo-squelettiques comme l'arthrite et l'ostéoporose [en ligne]. Disponible à http://www.naca-ccnta.ca/vignette/vig71_f.htm. Consulté en Novembre 2005.

9. Schultz SE, Kopec JA. Effet des problèmes de santé chroniques. Rapports sur la Santé [Statistique Canada, no 82-003 au catalogue] 2003; 14 (4) : 45–58.

10. McPhillips-Tangum CA, Cherkin DC, Rhodes LA, Markham C. Reasons for repeated medical visits among patients with chronic back pain. J Gen Intern Med 1998; 13 : 289–295.

11. Mayo Clinic. What Is Back Pain? [en ligne]. Disponible à http://www.mayoclinic.com/invoke.cfm?id=DS00171. Consulté en décembre 2004.

12. Hicks GS, Duddleston DN, Russell LD, Holman HE, Shepherd JM, Brown A. Low back pain. The American Journal of the Medical Sciences 2002; 324 (4) : 207–211.

13. Wheeler AH, Stubbart JR, Hicks B. Pathophysiology of chronic back pain. eMedicine [en ligne]. Disponible à http://www.emedicine.com. Consulté en décembre 2004.

14. National Institute for Neurological Disorders and Stroke. Low back pain fact sheet [en ligne]. Disponible à http://www.ninds.nih.gov/disorders/backpain/detail_backpain.htm. Consulté en décembre 2004.

15. van Tulder M, Koes B. Low back pain and sciatica: Chronic. Clin Evid 2002; 7 : 1032–1048.

16. Kopec JA, Sayre EC, Esdaile JM. Predictors of back pain in a general population cohort. Spine 2004; 29 (1) : 70–77.

17. Dunn KM, Croft PR. Epidemiology and natural history of low back pain. Europa Medicophysica 2004; 40 (1) : 9–13.

18. Tjepkema M. Lésions dues aux mouvements répétitifs. Rapports sur la Santé [Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue] 2003; 14 (4) : 11–31.

19. La Société d'arthrite. Ostéoporose [en ligne]. Disponible à http://www.arthrite.ca/types%20of%20arthritis/osteoporosis/default.asp?s=1. Consulté en janvier 2005.

20. Rottensten K. Série de monographies sur les maladies liées au vieillissement : IX. Arthrose. Maladies chroniques au Canada 1997; 17 (3). Disponible à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/17-3/b_f.html.

21. Merck. Osteoarthritis. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy; Section 5: Musculoskeletal and Connective Tissue Disorders; chapitre 52: Osteoarthritis and Neurogenic Arthropathy [en ligne]. Disponible à http://www.merck.com/mrkshared/mmanual/section5/chapter52/52a.jsp. Consulté en janvier 2005.

22. Altman R, Alarcon G, Appelrouth D, Bloch D, Borenstein D, Brandt K, et coll. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. Arthritis and Rheumatism 1990; 33 (11) : 1601–1610. Disponible à http://www.rheumatology.org/publications/classification/oa-hand/1990_classification_%20oa_hand.asp.

23. Altman R, Alarcon G, Appelrouth D, Bloch D, Borenstein D, Brandt K, et coll. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. Arthritis and Rheumatism 1991; 34 (5) : 505–514. Disponible à http://www.rheumatology.org/publications/classification/oa-hip/1991_classification_oa_hip.asp.

24. Altman R, Asch E, Bloch D, Bole G, Borenstein D, Brandt K, et coll. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the knee. Arthritis and Rheumatology 1986; 29 : 1039–1049.

25. Scott DL, Symmons DP, Coulton BL, Popert AJ. Long-term outcome of treating rheumatoid arthritis: Results after 20 years. Lancet 1987; 1 (8542) : 1108–1111.

26. Guedes C, Dumont-Fischer D, Leichter-Nakache S, Boisser MC. Mortality in rheumatoid arthritis. Rev Rheum Engl Ed. 1999; 66 (10) : 492–498.

27. Mutru O, Laakso M, Isomaki HA, Koota K. Ten year mortality and causes of death in patients with rheumatoid arthritis. British Medical Journal 1985; 290 : 1797–9.

28. Peltomaa R, Paimela L, Kautiainen H, Leirisalo-Repo M. Mortality in patients with rheumatoid arthritis treated actively from the time of diagnosis. Ann Rheum Dis 2002; 61 : 889–894.

29. Arthritis Foundation. Rheumatoid Arthritis (RA) [en ligne]. Disponible à http://www.arthritis.org/conditions/diseasecenter/ra/ra_overview.asp. Consulté en janvier 2005.

30. La Société d'arthrite. Polyarthrite rhumatoïde [en ligne]. Disponible à http://www.arthrite.ca/types%20of%20arthritis/ra/default.asp?s=1. Consulté en janvier 2005.

31. National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases. Health Topics: Rheumatoid Arthritis [en ligne]. Disponible à http://www.niams.nih.gov/hi/topics/arthritis/rahandout.htm. Consulté en janvier 2005.

32. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS et coll. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthritis and Rheumatism 1988; 31 (3) : 315–324.

33. Arthritis Research Campaign. Rheumatoid Arthritis [en ligne]. Disponible à http://www.arc.org.uk/about_arth/booklets/6033/6033.htm. Consulté en janvier 2005.

34. Bingham SJ, Quinn MA, Emery P. Rheumatoid arthritis—management. Dans Isenberg DA, Maddison PJ, Woo P, Glass D, Breedveld FC (rév.). Oxford Textbook of Rheumatology. Oxford : Oxford University Press; 2004.

35. Kraaimaat FW, Bakker AH, Janssen E, Bijlsma JWJ. Intrusiveness of rheumatoid arthritis on sexuality in male and female patients living with a spouse. Arthritis Care Res 1996; 9 : 120–125.

36. Gladman DD. Epidemiology of systemic lupus erythematosus. Dans Lahita RG (rév.). Systemic Lupus Erythematosus (4ième éd.). San Diego (CA) : Elsevier; 2004.

37. Lupus Foundation of America, Inc. Lupus Fact Sheet [en ligne]. Disponible à http://www.lupus.org/education/cause.html. Consulté en décembre 2004.

38. Senecal J-L. Lupus : La maladie aux mille visages. Lupus Canada; 1990. Disponible à http://www.lupuscanada.org.

39. American College of Rheumatology. The 1982 Revised Criteria for Classification of Systemic Lupus Erythematosus [en ligne]. Disponible à http://www.rheumatology.org/publications/classification/SLE/sle.asp?aud=mem. Consulté en février 2005.

40. La Société d'arthrite. Lupus [en ligne]. Disponible à http://www.arthrite.ca/types%20of%20arthritis/lupus/default.asp?s=1. Consulté en janvier 2005.

41. American College of Rheumatology. Fibromyalgia [en ligne]. Disponible à http://www.rheumatology.org/public/factsheets/fibromya_new.asp. Consulté en octobre 2005.

42. Mayo Clinic. Fibromyalgia [en ligne]. Disponible à http://www.mayoclinic.com/invoke.cfm?id=DS00079. Consulté en octobre 2005.

43. Anderberg UM, Forsgren T, Ekselius L, Marteinsdottir I, Hallman J. Personality traits on the basis of the Temperament and Character Inventory in female fibromyalgia syndrome patients. Nord J Psychiatry 1999; 53 (5) : 353–359.

44. National Fibromyalgia Partnership Inc. Fibromyalgia symptoms, diagnosis, treatment and research [en ligne]. Disponible à http://www.fmpartnership.org. Consulté en novembre 2002.

45. Arthritis Foundation. Fibromyalgia [en ligne]. Disponible à http://www.arthritis.org/conditions/onlinebrochures/Fibromyalgia_brochure.pdf. Consulté en octobre 2005. Consulté en octobre 2005.

46. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et coll. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis and Rheumatism 1990; 33 (2) : 160–172. Disponible à http://www.rheumatology.org/publications/classification/fibromyalgia/1990_Criteria_for_Classification_Fibro.asp.

**Les références suivantes ont été également consultées lors du développement des descriptions des états de santé et du texte du document.**

[aucun auteur indiqué] Taking a team approach to back pain. Nursing 2000; 30 (11) : 22.

Altshul S, Harrar S. Ace Elbow Pain. Prevention 2001; 53 (4) : 51.

American Academy of Orthopaedic Surgeons. Herniated Disc [en ligne]. Disponible à http://orthoinfo.aaos.org/fact/thr_report.cfm?Thread_ID=185&topcategory=Spine. Consulté en décembre 2004.

American College of Rheumatology. Fibromyalgia [en ligne]. Disponible à http://www.rheumatology.org/public/factsheets/fibromya_new.asp. Consulté en octobre 2005.

American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. Arthritis Rheum 2000; 43 (9) : 1905–1915.

Anderberg UM, Forsgren T, Ekselius L, Marteinsdottir I, Hallman J. Personality traits on the basis of the Temperament and Character Inventory in female fibromyalgia syndrome patients. Nord J Psychiatry 1999; 53 (5) : 353–359.

Angle M. Survivor outplays arthritis. USA Today, 13 août 2001, [en ligne]. Disponible à http://www.usatoday.com/news/health/2001-08-13-survivor-arthritis.htm. Consulté en janvier 2005.

Arbuckle MR, James JA, Dennis GJ, Rubertone MV, McClain MT, Kim XR, Harley JB. Rapid clinical progression to diagnosis among African-American men with systemic lupus erythematosus. Lupus 2003; 12 : 99–106.

Arthritis Foundation. Factsheet: Living with Fibromyalgia [en ligne]. Disponible à http://www.arthritis.org/conditions/onlinebrochures/ETR/ETR_Fibro.pdf. Consulté en octobre 2005.

Arthritis Foundation. Fibromyalgia [en ligne]. Disponible à http://www.arthritis.org/conditions/onlinebrochures/Fibromyalgia_brochure.pdf. Consulté en octobre 2005.

Arthritis Foundation. Lupus/Systemic Lupus Erythematosus (SLE) [en ligne]. Disponible à http://www.arthritis.org/conditions/DiseaseCenter/lupus.asp. Consulté en décembre 2004.

Arthritis Foundation. Osteoarthritis [en ligne]. Disponible à http://www.arthritis.org/conditions/diseasecenter/oa.asp. Consulté en janvier 2005.

Arthritis Foundation. Osteoporosis [en ligne]. Disponible à http://www.arthritis.org/conditions/diseasecenter/osteoporosis.asp. Consulté en janvier 2005.

Arthritis Foundation. Rheumatoid Arthritis (RA) [en ligne]. Disponible à http://www.arthritis.org/conditions/diseasecenter/ra/ra_overview.asp. Consulté en janvier 2005.

Arthritis Research Campaign. Back pain [en ligne]. Disponible à http://www.arc.org.uk/about_arth/booklets/6002/6002.htm. Consulté en janvier 2005.

Arthritis Research Campaign. Rheumatoid Arthritis [en ligne]. Disponible à http://www.arc.org.uk/about_arth/booklets/6033/6033.htm. Consulté en janvier 2005.

Back.com. Symptoms [en ligne]. Disponible à http://www.back.com/fr.symptoms-pain.html. Consulté en décembre 2004.

Belmont HM. Lupus Clinical Overview [en ligne]. Disponible à http://cerebel.com/lupus/overview.htm. Consulté en décembre 2004.

Bjerklie D. The other crippling joint disease. Time 2002; 160 (24) : 72.

Blanchet T. Autoimmune disorders. Vegetarian Times 2001; juillet 287 : 21–24.

Buchanan WW, Kean WF. Osteoarthritis I: Epidemiological risk factors and historical considerations. Inflammopharmacology 2002; 10 (1,2) : 5–21.

Buchanan WW, Kean WF. Osteoarthritis II: Pathology and Pathogenesis. Inflammopharmacology 2002; 10 (1,2) : 23–52.

Buchanan WW, Kean WF. Osteoarthritis III: Radiological and Clinical Definition. Inflammopharmacology 2002; 10 (1,2) : 53–78.

Calin A. Ankylosing spondylitis. Dans Isenberg DA, Maddison PJ, Woo P, Glass D, Breedveld FC (rév.). Oxford Textbook of Rheumatology. Oxford: Oxford University Press; 2004.

Centers for Disease Control and Prevention. Health-related quality of life among adults with arthritis — Behavioural Risk Factor Surveillance System, 11 States, 1996-1998. Morbidity & Mortality Weekly Report 2000; 49 (17) : 366–369. Disponible à http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm4917a2.htm.

Chung HV, Ramji A, Davis JE, Chang S, Reid GD, Salh B, Freeman HJ, Yoshinda EM. Abdominal pain as the initial and sole clinical presenting feature of systemic lupus erythematosus. Can J Gastroenterol 2003; 17 (2) : 111–113.

Clarke AE, Petri M, Isenberg DA, Gordon C, Senecal J-L, Penrod J, et coll. The systemic lupus erythematosus Tri-nation Study: Absence of a link between health resource use and health outcome. Rheumatology 2004; 43 (8) : 1016–1024.

Clauw DJ. Treating fibromyalgia: Science vs. art. American Family Physician 2000; 62 (7) : 1492, 1494.

Cleveland Clinic. Understanding and Treating Overuse Syndrome [en ligne]. Disponible à http://www.clevelandclinic.org/health/health-info/docs/0600/0641.asp?index=4706. Consulté en janvier 2005.

Cohen I, Rainville J. Aggressive exercise as treatment for chronic low back pain. Sports Med 2002; 32 (1) : 75–82.

Creemers MCW, van de Putte LBA. Rheumatoid arthritis—the clinical picture. Dans Isenberg DA, Maddison PJ, Woo P, Glass D, Breedveld FC (rév.). Oxford Textbook of Rheumatology. Oxford: Oxford University Press; 2004.

D'Arcy Y. How to treat arthritis pain. Nursing 2002; 32 (7) : 30–31.

Da Costa D, Clarke AE, Dobkin PL, Senecal J-L, Fortin PR, Danoff DS et al. The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. International Journal for Quality in Health Care 1999; 11 (3) : 201-207.

Deyle GD, Henderson NE, Matekel RL, Ryder MG, Garber MB, Allison SC. Effectiveness of manual physical therapy and exercise in osteoarthritis of the knee: A randomized, controlled trial. Annals of Internal Medicine 2000; 132 (3) : 173–181.

Disabled Peoples Association. Rheumatoid Arthritis [en ligne]. Disponible à http://www.dpa.org.sg. Consulté en novembre 2002.

Discovery Health. Rheumatoid Arthritis. Diseases and Conditions Encyclopedia [en ligne]. Disponible à http://www.health.discovery.com/encyclopedias/2635.html. Consulté en janvier 2005.

Felson DT, Lawrence RC, Hochberg MC, McAlindon T, Dieppe PA, Minor MA, et coll. Osteoarthritis: New insights. Annals of Internal Medicine 2000; 133 (9) : 726–737.

Foley AE. Tennis Elbow. American Family Physician 1993; 48 (2) : 281–288.

Forseth KO, Gran JT. Management of fibromyalgia: What are the best treatment choices? Drugs 2002; 62 (4) : 577–592.

Fyrand L, Moum T, Wichstrom L, Finset A, Glennas A. Social network size of female patients with rheumatoid arthritis compared to healthy controls. Scandinavian Journal of Rheumatology 2000; 29 (1) : 38–43.

Gardner GC, Matsen FA (rév.), University of Washington, Orthopaedics and Sports Medicine. Rheumatoid Arthritis [en ligne]. Disponible à http://www.orthop.washington.edu/arthritis/types/rheumatoid/01. Consulté en janvier 2005.

Goldberg SH, Von Feldt JM, Lonner JH. Pharmacologic therapy for osteoarthritis. The American Journal of Orthopedics 2002; 31 (12) : 673–680.

Grace GM, Nielson WR, Hopkins M, Berg MA. Concentration and memory deficits in patients with fibromyalgia syndrome. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology 1999; 21 (4) : 477–487.

Gurenlian JR. Rheumatoid arthritis. Access 2002; 16 (10) : 30–34.

Hill J, Bird H, Thorpe R. Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships. British Society for Rheumatology 2003; 42 (2) : 280–286.

Hooper G, Sher JL, Mulligan PJ. Work-related disorders of the upper limb. The Journal of Bone and Joint Surgery 2002; 84-B (3) : 322–323.

Iverson GL, Sawyer DC, McCracken LM, Kozora E. Assessing depression in systemic lupus erythematosus: Determining reliability change. Lupus 2001; 10 : 266–271.

Katz WA. Osteoarthritis: Clinical presentations. Dans Moskowitz RW, Howell DS, Altman RD, Buckwalter JQ, Goldberg VM. (rév.) Osteoarthritis: Diagnosis and Medical/Surgical Management (chapitre 11). (3ième éd.). Philadelphia : W.B. Saunders Company; 2001.

Kawasaki M, Hasegawa Y, Sakano S, Toru Y, Warashina H. Quality of life after several treatments for osteoarthritis of the hip. Journal of Orthopaedic Science 2003; 8 (1) : 32–35.

Keating GM, Jarvis B. Management of rheumatoid arthritis: Defining the role of Etanercept. Disease Management and Health Outcomes 2002; 10 (1) : 17–39.

Kerr LD. Inflammatory arthritis in the elderly. Mount Sinai Journal Of Medicine 2003; 70 (1) : 23–26.

Kessler M, Kronstorfer R, Traue HC. Depressive symptoms and disability in acute and chronic back pain patients. International Journal of Behavioural Medicine 1996; 3 (2) : 91–103.

Koho P, Aho S, Watson P, Hurri H. Assessment of chronic pain behaviour: Reliability of the method and its relationship with perceived disability, physical impairment and function. Journal of Rehabilitation Medicine 2001; 33 : 128–132.

Kome P. Repetitive Strain Injury. Herizons 1999; 13 (1) : 18–20.

La Société d'arthrite. Arthrose [en ligne]. Disponible à http://www.arthrite.ca/types%20of%20arthritis/fibromyalgia/default.asp?s=1. Consulté en janvier 2005.

La Société d'arthrite. Fibromyalgie [en ligne]. Disponible à http://www.arthrite.ca/types%20of%20arthritis/fibromyalgia/default.asp?s=1. Consulté en octobre 2005.

La Société d'arthrite. Lupus érythémateux systémique [en ligne]. Disponible à http://www.arthrite.ca/types%20of%20arthritis/lupus/default.asp?s=1. Consulté en janvier 2005.

La Société d'arthrite. Ostéoporose [en ligne]. Disponible à http://www.arthrite.ca/types%20of%20arthritis/osteoporosis/default.asp?s=1. Consulté en janvier 2005.

La Société d'arthrite. Polyarthrite rhumatoïde [en ligne]. Disponible à http://www.arthrite.ca/types%20of%20arthritis/ra/default.asp?s=1. Consulté en janvier 2005.

Lee DM, Weinblatt ME. Rheumatoid arthritis. Lancet 2001; 358 (9285) : 903–911.

Lindberg L, Iwarsson S. Subjective quality of life, health, I-ADL ability and adaptation strategies in fibromyalgia. Clinical Rehabilitation 2002; 16 : 675–683.

London Occupational Safety and Health Information Service. Examples of Repetitive Strain Injuries [en ligne]. Disponible à http://www.losh.on.ca/rsi/whatisrsi.html. Consulté en janvier 2005.

Lupus Canada. Qu'est-ce que le lupus? [en ligne]. Disponible à http://www.lupuscanada.org. Consulté en décembre 2004.

Lupus Foundation of America, Inc. Lupus Fact Sheet [en ligne]. Disponible à http://www.lupus.org/education/cause.html. Consulté en décembre 2004.

Mayo Clinic. Fibromyalgia [en ligne]. Disponible à http://www.mayoclinic.com/invoke.cfm?id=DS00079. Consulté en octobre 2005.

Mayo Clinic. Herniated Disc Health Decision Guide [en ligne]. Disponible à http://www.mayoclinic.com/health/herniated-disk/HD99999. Consulté en décembre 2004.

Mayo Clinic. What Is Back Pain? [en ligne]. Disponible à http://www.mayoclinic.com/invoke.cfm?id=DS00171. Consulté en décembre 2004.

Medinfo. Medical information for patients: Low back pain [en ligne]. Disponible à http://www.medinfo.co.uk/conditions/lowbackpain. Consulté en décembre 2004.

MEDLINEplus Health Information. Ankylosing spondylitis. Medical Encyclopedia [en ligne]. Disponible à http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000420.htm. Consulté en janvier 2006.

MEDLINEplus Health Information. Back pain - low. Medical Encyclopedia [en ligne]. Disponible à http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003108.htm. Consulté en décembre 2004.

MEDLINEplus Health Information. Osteoarthritis. Medical Encyclopedia [en ligne]. Disponible à http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000423.htm. Consulté en janvier 2005.

MEDLINEplus Health Information. Osteoporosis. Medical Encyclopedia [en ligne]. Disponible à http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000360.htm. Consulté en janvier 2005.

MEDLINEplus Health Information. Rheumatoid Arthritis. Medical Encyclopedia [en ligne]. Disponible à http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000431.htm. Consulté en janvier 2005.

MEDLINEplus Health Information. Systemic lupus erythem[illegible] Medical Encyclopedia [en ligne]. Disponible à http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000435.htm. Consulté en décembre 2004.

Memel DS, Kirwan JR. General practitioners' knowledge of functional and social factors in patients with rheumatoid arthritis. Health and Social Care in the Community 1999; 7 (6) : 387–393.

Memel DS, Somerset M. General practitioner and specialist care: The perceptions of people with rheumatoid arthritis. Primary Health Care Research and Development 2003; 4 (1) : 29–37.

Merck. Low Back Pain. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy; Section 5: Musculoskeletal and Connective Tissue Disorders; chapitre 59: Nonarticular Rheumatism [en ligne]. Disponible à http://www.merck.com/mrkshared/mmanual/section5/chapter59/59b.jsp. Consulté en janvier 2005.

Merck. Osteoarthritis. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy; Section 5: Musculoskeletal and Connective Tissue Disorders; chapitre 52: Osteoarthritis and Neurogenic Arthropathy [en ligne]. Disponible à http://www.merck.com/mrkshared/mmanual/section5/chapter52/52a.jsp. Consulté en janvier 2005.

Merck. Osteoporosis. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy; Section 5: Musculoskeletal and Connective Tissue Disorders; chapitre 57: Osteoporosis [en ligne]. Disponible à http://www.merck.com/mrkshared/mmanual/section5/chapter57/57a.jsp. Consulté en janvier 2005.

Merck. Rheumatoid Arthritis. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy; Section 5: Musculoskeletal and Connective Tissue Disorders; chapitre 50: Diffuse Connective Tissue Disease [en ligne]. Disponible à http://www.merck.com/mrkshared/mmanual/section5/chapter50/50a.jsp. Consulté en janvier 2005.

Merck. Systemic lupus erythematosus. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy; Section 5: Musculoskeletal and Connective Tissue Disorders; Chapter 50: Diffuse Connective Tissue Disease [en ligne]. Disponible à http://www.merck.com/mrkshared/mmanual/section5/chapter50/50e.jsp. Consulté en janvier 2005.

National Fibromyalgia Association. About Fibromyalgia [en ligne]. Disponible à http://fmaware.org/fminfo/brochure.htm. Consulté en octobre 2005.

National Fibromyalgia Partnership Inc. Fibromyalgia symptoms, diagnosis, treatment and research [en ligne]. Disponible à http://www.fmpartnership.org. Consulté en Novembre 2002.

National Institute for Neurological Disorders and Stroke. NINDS back pain information page [en ligne]. Disponible à http://www.ninds.nih.gov/health_and_medical/disorders/backpain_doc.htm. Consulté en décembre 2004.

National Institute for Neurological Disorders and Stroke. Low back pain fact sheet [en ligne]. Disponible à http://www.ninds.nih.gov/disorders/backpain/detail_backpain.htm. Consulté en décembre 2004.

National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases. Health Topics: Handout on Health: Systemic Lupus Erythematosus [en ligne]. Disponible à http://www.niams.nih.gov/hi/topics/lupus/slehandout/index.htm. Consulté en janvier 2005.

National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases. Health Topics: Osteoarthritis [en ligne]. Disponible à http://www.niams.nih.gov/hi/topics/arthritis/oahandout.htm. Consulté en janvier 2005.

National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases. Health Topics: Osteoporosis: Progress and Promise [en ligne]. Disponible à http://www.niams.nih.gov/hi/topics/osteoporosis/opbkgr.htm. Consulté en janvier 2005.

National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases. Health topics: Questions and answers about fibromyalgia [en ligne]. Disponible à http://www.niams.nih.gov/hi/topics/fibromyalgia/fibrofs.htm. Consulté en octobre 2005.

National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases. Health Topics: Rheumatoid Arthritis [en ligne]. Disponible à http://www.niams.nih.gov/hi/topics/arthritis/rahandout.htm. Consulté en janvier 2005.

National Occupational Health and Safety Commission, Australian Government. Overuse injuries [en ligne]. Disponible à http://www.nohsc.gov.au/OHSInformation/NOHSCPublications/factsheets/oos211.htm. Consulté en janvier 2005.

O'Malley PG, Balden E, Tomkins G, Santoro J, Kroenke K, Jackson JL. Treatment of fibromyalgia with antidepressants. J Gen Intern Med 2000; 15 : 659–666.

Omdal R, Waterloo K, Koldingsnes W, Husby G, Mellgren SI. Fatigue in patients with Systemic Lupus Erythematosus: The psychosocial aspects. Journal of Rheumatology 2003; 30 (2) : 283–287.

Organisation mondiale de la santé. International Classification of Diseases, Ninth revision. Basic Tabulation List with Alphabetical Index. Genève: Organisation mondiale de la santé; 1978.

Parmet S. JAMA patient page. Osteoarthritis of the knee. JAMA 2003; 289 (8) : 1068.

Pearson D, Gehlsen GM, Wilson JK, Lee G, Sevier T. An objective measure of lateral epicondylitis. Isokinetics and Exercise Science 1998; 7 : 27–31.

Petersson IF, Jacobsson LTH. Osteoarthritis of the peripheral joints. Best Practice & Research Clinical Rheumatology 2002; 16 (5) : 741–760.

Prayson MJ. Management of Tennis Elbow. Cortlandt Forum 2001; 14 (6) : 102-104.

Rettig AC. Wrist and hand overuse syndromes. Clinics in Sports Medicine 2001; 20 (3) : 591–611.

Salter RB. Textbook of Disorders and Injuries of the Musculoskeletal System. (3ème éd.) Baltimore (MD) : Williams & Wilkins; 1999.

Santé Canada. Appareil locomoteur. Guide de pratique clinique du personnel infirmier en soins primaires Chapitre 7 [en ligne]. Disponible à http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/nursing-infirm/2000_clin-guide/chap_07_f.html. Consulté en janvier 2005.

Samanta J, Kendall J, Samanta A. 10-minute consultation: Chronic Low Back pain. BMJ 2003; 326 (7388) : 535. Disponible à http://bmj.com/cgi/content/full/326/7388/535.

Scott D, Smith C, Lohmander S, Chard J. Osteoarthritis. Clinical Evidence 2002; 8 : 1212–1237.

Segui J, Ramos-Casals M, Garcia-Carrasco M, de Flores T, Cervera R, Valdes M, Font J, Ingelmo M. Psychiatric and psychosocial disorders in patients with systemic lupus erythematosus: A longitudinal study of active and inactive stages of the disease. Lupus 2000; 9 : 584–588.

Senecal J-L. Lupus: La maladie aux mille visages. Lupus Canada; 1990. Disponible à http://www.lupuscanada.org.

Shiel WC Jr. Systemic Lupus Erythematosus. MedicineNet [en ligne]. Disponible à http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=491&pf=3. Consulté en décembre 2004.

Slemenda C, Brandt KD, Heilman DK, Mazzuca S, Braunstein EM, Katz BP, Wolinsky FD. Quadriceps weakness and osteoarthritis of the knee. Annals of Internal Medicine 1997; 127 : 97–104.

Smith I. The Mystery of Lupus. Newsweek 2002; 140 (1) : 60.

Tyrer SP. Repetitive Strain Injury. Pain Reviews 1999; 6 : 155–166.

Udelman HD, Udelman DL. Emotions and rheumatologic disorders. American Journal of Psychotherapy 1981; 35 (4) : 576–587.

University Health Services, University of California, Berkeley. Repetitive Strain Injury (RSI) [en ligne]. Disponible à http://www.uhs.berkeley.edu. Consulté en septembre 2002.

University of Chicago, Section of Rheumatology. Rheumatoid Arthritis [en ligne]. Disponible à http://rheum.bsd.uchicago.edu. Consulté en novembre 2002.

University of York. Acute and chronic low back pain. Effective Health Care 2000; 6 (5) : 1–8. Disponible à http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehc65.pdf.

van Tulder M, Koes B, Bombardier C. Low back pain. Best Practice and Research Clinical Rheumatology 2002; 16 (5) : 761–775.

Wallace DJ. Systemic Lupus Erythematosus. Drugs of Today 2002, 38 (4) : 259–263.

Waterloo K, Omdal R, Husby G, Mellgren SI. Emotional status in Systemic Lupus Erythematosus. Scandinavian Journal of Rheumatology 1998; 27 : 410–4.

Wheeler AH, Stubbart JR, Hicks B. Pathophysiology of chronic back pain. eMedicine [en ligne]. Disponible à http://www.emedicine.com. Consulté en décembre 2004.

Whitaker C. Living with Lupus. Ebony 2001; 56 (9) : 53–54, 57.

White KP, Nielson WR, Harth M, Ostbye T, Speechley M. Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: Psychological distress in a representative community adult sample. The Journal of Rheumatology 2002; 29 : 588–594.

Wollheim FA. Rheumatoid arthritis — the clinical picture. Dans Maddison PJ (rév.). Oxford Textbook of Rheumatology. Oxford: Oxford University Press, 1993T : 639–661.

Workers Health Centre. Occupational Overuse Syndrome (OOS) [en ligne]. Disponible à http://www.workershealth.com.au/facts044.html. Consulté en janvier 2005.

Yassi A. Repetitive Strain Injuries. Lancet 1997; 349 (9056) : 943–947.

**Les sites Web suivants ont également été consultés :**

Arthritis Foundation
http://www.arthritis.org

La Société d'arthrite
http://www.arthrite.ca

Lupus Canada
http://www.lupuscanada.org

Lupus Foundation of America
http://www.lupus.org

National Fibromyalgia Association
http://fmaware.org

National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases
http://www.niams.nih.gov